

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marius MOZER

Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

TABLEAU CLINIQUE

ET

RÉACTION de WASSERMANN

DANS LE DIAGNOSTIC

de la Syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire

(Étude faite à l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer)

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

18

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marius MOZER

Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

TABLEAU CLINIQUE

ET

RÉACTION de WASSERMANN

DANS LE DIAGNOSTIC

de la Syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire



(Étude faite à l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer)

Président : M. LETULLE , professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUI LAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAINEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BABINSKI

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD

Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage bénévole

1908. MONSIEUR LE DOCTEUR BRÜHL
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY
1909. M. LE DOCTEUR THIBIERGE

Externat

- 1909-1910. M. LE DOCTEUR DANLOS (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR DARIER
1910-1911. M. LE DOCTEUR BRUHL
1911-1912. M. LE DOCTEUR JACQUET (*in memoriam*)
1912-1913. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

Internat provisoire

- 1913-1914. M. LE DOCTEUR BABINSKI

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD

- MM. LES DOCTEURS MILIAN, SAINTON, CL. VINCENT, Médecins des Hôpitaux.
CATHALA, Médecin accoucheur des Hôpitaux.
CALVÉ, chirurgien assistant de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

INTRODUCTION

Pendant les trois années que nous avons passées à l'Hôpital maritime notre attention a été bien souvent attirée par notre Maître, M. le Dr Ménard, sur la fréquence des lésions ostéo-articulaires et ganglionnaires, chez les hérédosyphilitiques.

Parmi les malades envoyés comme tuberculeux à l'Hôpital maritime, et aux Hôpitaux des Enfants assistés, Vincent et Bouville, l'examen clinique permet chaque année de déceler quelques cas de syphilis méconnue. Nous nous sommes attachés depuis deux ans à compléter ces renseignements par le laboratoire. Cette partie a eu jusqu'ici une bien faible importance à l'Hôpital maritime. Un essai, qui n'a rencontré aucun appui officiel, a été tenté pendant les années 1913 et 1914 par notre ami, le Dr Stroehlin.

À côté des beaux services généraux, galeries de cure et salles d'opérations de l'Hôpital maritime, il n'existe qu'un embryon de laboratoire pour lequel aucun crédit n'a été prévu.

Dès 1912, M. Ménard, dans un travail intitulé : *Syphilis tertiaire, congénitale ou acquise, des gan-*

glions du cou, déplorait cet état de choses. « On ne tardera pas, je l'espère, écrivait-il, à reconnaître que dans un hôpital de plus de 1.000 malades, comme l'Hôpital maritime, le diagnostic clinique doit être complété par les ressources d'un laboratoire chez un grand nombre de malades. »

Ce qui a pu être fait dans cette voie, se trouve considérablement réduit par suite des faibles moyens et du peu de temps mis à notre disposition. De ce fait, nos recherches ont été strictement cantonnées dans la réaction de Wassermann sans pouvoir s'étendre aux mycoses et à la tuberculose.

Ce sont les résultats obtenus dans la recherche, par le Wassermann, de la syphilis chez les malades de Berck, qui font l'objet de ce travail. A côté de l'intérêt clinique, que peuvent offrir ces recherches, il en est un autre : *celui de montrer la nécessité d'un laboratoire diagnostic dans un centre hospitalier qui comprend plus de 2.000 enfants.*

Nous tenons à remercier nos maîtres, MM. les Drs Ménard et Calvé, pour l'appui et les encouragements qu'ils nous ont prodigués pendant ces deux années. Nous voulons aussi remercier nos amis et collègues de Berck : Mlle Cabiale, Chenet et le Dr Lecrenier, pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la recherche des malades et la direction des traitements.

Avant de produire nos observations, nous envisagerons successivement la méthode employée dans la réaction de Wassermann et le traitement spécifique.

TABLEAU CLINIQUE

ET

RÉACTION DE WASSERMANN

DANS LE DIAGNOSTIC

de la Syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire

WASSERMANN

Nous produisons 46 observations de syphilis. La plupart se rapportent à des malades envoyés à Berck pour tuberculose. La syphilis est affirmée d'une part, par l'examen clinique, d'autre part, par les résultats fournis par la réaction de Bordet et Gengou (variété Wassermann). Le Wassermann positif, la lésion est considérée comme syphilitique. Cette manière de faire peut prêter à la critique; mais la réaction à la tuberculine, n'aurait pas été plus scientifique, et certainement moins exacte au point de vue de l'appréciation des résultats. La seule preuve certaine de la nature de la lésion aurait pu être fournie par l'inoculation au cobaye du pus ou des liquides retirés des lésions en vue de la tuberculose, l'ensemencement et le sérodiagnostic en vue des mycoses. Nous nous excuserons dès maintenant de n'avoir pu pratiquer ces différentes recherches. D'ailleurs, dans

la plupart des cas, la guérison complète des lésions a été obtenue par le traitement spécifique. Dans des cas rares, un même malade a pu présenter une lésion tuberculeuse qui n'a pas été modifiée, et une lésion syphilitique qui a guéri complètement.

La réaction de Wassermann a été pratiquée suivant la méthode classique. L'antigène employé est un extrait de cœur de bœuf. Par suite de la difficulté de trouver à Berck des globules rouges de mouton, nous avons employé le procédé de Noguchi : système hémolytique anti-humain. Avant chaque séance, il est fait un titrage de la sensibilisatrice et du complément en présence de la dose maxima d'antigène employée dans le quatrième tube. Un sérum spécifique éprouvé antérieurement et conservé à la glacière, sert à chaque séance de témoin de série. La réaction est pratiquée avec cinq tubes, les quatre premiers contenant respectivement 0,1, 0,2, 0,3, 0,4 d'antigène, convenablement dilué, le cinquième servant de témoin. La dilution de globules est faite à 1 pour 40.

A part ces quelques légères divergences, nous nous en tenons à la méthode classique.

Nous ne tenons compte que d'un résultat positif total ou partiel. Le premier qui est réalisé au cas d'hémolyse nulle dans les quatre tubes, est noté : 0 0 0 0. Le deuxième est réalisé par une hémolyse totale légère ou partielle, dans un ou plusieurs tubes avec hémolyse nulle dans le deuxième ou les troisième et quatrième tubes. Le degré d'hémolyse obtenu

TECHNIQUE DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

Valeur des tubes	N° des tubes	Solution à 9 p. 1.000 de NaCl	Antigène dilué après titrage	Sérum à examiner chauffé une 1/2 heure à 56 degrés	Complément convenablement dilué après titrage	Eluve à 37° pendant 1 h. 1/2	Sensibilisatrice diluée après titrage	Globules à 1 p. 40	Eluve à 37° 2 séjours d'un quart d'h. Lecture après une 1/2 h. de repos	W —	W +
Séro-diagnostic	1	cm ³ 1,5	cm ³ 0,1	cm ³ 0,2	cm ³ 0,1	Eluve à 37° pendant 1 h. 1/2	cm ³ 0,1	cm ³ 1	Lecture après une 1/2 h. de repos	Hémolyse	Pas d'hémolyse
	2	1,4	0,2	0,2	0,0		0,1	1		Hémolyse	Pas d'hémolyse
	3	1,3	0,3	0,2	0,1		0,1	1		Hémolyse	Pas d'hémolyse
	4	1,2	0,4	0,2	0,1		0,1	1		Hémolyse	Pas d'hémolyse
Témoin pour chaque examen	5	1,6	0	0,2	0	Eluve à 37° pendant 1 h. 1/2	0,1	1	Lecture après une 1/2 h. de repos	Hémolyse	Hémolyse
	6	1,7	0,1	0	0,1		0,1	1		Hémolyse	Hémolyse
Témoins de séries	7	1,6	0,2	0	0,1	Eluve à 37° pendant 1 h. 1/2	0,1	1	Lecture après une 1/2 h. de repos	Hémolyse	Hémolyse
	8	1,5	0,3	0	0,1		0,1	1		Hémolyse	Hémolyse
	9	1,4	0,4	0	0,1		0,1	1		Hémolyse	Hémolyse
	10	1,4	0	0	0,1		0,1	1		Hémolyse	Hémolyse
	11	1,9	0	0	0		0,1	1		Pas d'hémolyse	Pas d'hémolyse

est noté par les chiffres 1, 1/2, 1/4, 1/8, par comparaison avec la coloration du cinquième tube, après repos d'un quart d'heure.

0000 = très fortement positif

1 000 = fortement positif

11 00 = nettement positif

11 1/2 0 = positif.

Le résultat positif douteux tel que 11 1/2 1/4, est éliminé et apprécié par la mention : à réactiver. Un nouvel examen est en pareil cas pratiqué après essai de réactivation suivant la méthode Milian, par l'emploi d'une dose de 0 gr. 15 ou 0 gr. 30 de néosalvarsan. Nous n'avons jusqu'à présent obtenu qu'une seule réactivation nette, ayant transformé un résultat 1, 1 1/2 1/4 en un résultat 1/4 0 0 0. Mais assez souvent la première série de néosalvarsan ou de mercure renforce une réaction déjà antérieurement positive.

Dans certains cas, le sérum empêche l'hémolyse dans les cinq tubes, il suffit en pareil cas de faire un nouvel examen huit ou quinze jours après. Ces faits, que nous avons observés quatre fois, se sont produits avec des sérums non spécifiques.

En procédant toujours avec la même méthode et en ne tenant compte que du résultat positif total ou partiel, nous n'avons jamais observé de renseignement positif erroné. Tous les cas affirmés positifs par la réaction ont obéi au traitement.

Il n'y a pas lieu de revenir sur les cas exceptionnels et actuellement bien connus où la réaction de

Wassermann est positive en dehors de la syphilis. Nous empruntons à la thèse de Mlle Pouzin (1) la liste suivante mentionnant les affections autres que la syphilis qui peuvent donner un W. positif.

Lèpre (Gaucher et Abrami. Esman Levaditi et Yamanouchi.

Scarlatine (Joltrain) (Schleisner Boas et Haugh, Bruck et Cohn).

Certains ictères (Bar et Daumay).

La trypanosomiase (Dourine et Nagana) et peut-être certaines leucémies (Joltrain).

Nous avons commencé en janvier 1916, avec l'aide de notre ami Durand, pharmacien à l'Hôpital maritime, à faire des Wassermann.

A la date du 19 octobre 1917, nous avons pratiqué 905 examens : la plupart chez les enfants de l'Hôpital maritime et chez les enfants assistés des sanatoriums Vincent et Bouville. Quelques-uns ont été faits sur les soldats en traitement au centre de Physiothérapie de la région du Nord, où nous remplissions les fonctions de médecin consultant, et sur des malades de ville, mis à notre disposition par MM. Ménard et Calvé.

Nous donnerons de suite, à titre documentaire, les résultats suivants, qui ne trouvent pas place dans ce travail, mais qui serviront à établir la valeur de la méthode employée :

1. « Les adénopathies cervicales chroniques chez les enfants hérédo-syphilitiques » (Thèse de Paris, 1915).

3 Réactions sur le sang de paralytiques généraux, 3+;

2 R. Sur le liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux, 2+;

4 R. Sur le sang de tabétiques, dont 1 avec ostéoarthrite sous-astragalienne et tibiotarsienne et hyperostose du tibia : 4+;

1 R. Sur le liquide céphalo-rachidien de 1 tabétique 1—;

18 R. Sur le sang d'hémiplégiques : 5+; 1 avait un chancre infectant quinze ans auparavant, 1 avait un testicule syphilitique, les trois autres n'avaient tout accident et la clinique était muette.

3 R. Sur le sang de malades atteints d'anévrisme aortique : 1+ 2—;

1 R. Sur le sang d'un malade atteint de syphilis tertiaire (syphilome du gland) : 1+; sa fille bien constituée sans stigmat avait un Wasserman positif.

6 R. Pour syphilis latente anciennement traitée et sans manifestations actuelles : 4+;

7 R. Pour syphilis secondaire : 6+ 1—;

Enfin, nous signalerons les trois cas suivants, que nous n'avons pu suivre :

1) Ostéo-périostite du tibia, datant d'un an, chez un soldat vu pendant une permission : l'os était fortement épaissi, les téguments étaient à son niveau rouges et chauds; il existait des douleurs très violentes à exaspération nocturne. Wassermann très fortement positif. Après 3 injections de 2 centigrammes de biiodure, les douleurs avaient diminué

considérablement. Cet homme fut par la suite envoyé sur l'intérieur.

2) Jeune femme atteinte d'adénite cervicale énorme sans modification depuis un an, avec troubles de la voix et syndrome de Claude Bernard-Horner. La radioscopie montra des masses médiastinales volumineuses. Le Wassermann pratiqué fut très fortement positif.

3) Une hydarthrose du genou droit chez une femme ayant présenté, deux ans auparavant, un gonflement considérable sans douleurs et sans troubles de la motilité de la tibio-tarsienne du côté opposé. Wassermann très fortement positif.

TRAITEMENT

Dans tous les cas où nous l'avons pu, nous avons pratiqué un traitement mixte et intensif où entraient le néosalvarsan, le mercure et l'iodure.

Néosalvarsan. — Le véhicule est constitué par l'eau fraîchement distillée et stérilisée. Les injections sont pratiquées à la seringue de 10 centimètres cubes suivant la méthode Ravaut.

Après examen des urines, de l'appareil cardiovasculaire et pesée du malade, on commence par injecter une dose de 15 centigrammes ; si cette dose est bien supportée, sans élévation thermique et sans les petits signes d'intolérance, décrits par Milian, on passe, en espaçant les injections de huit jours, aux doses de 30, 45, 60 centigrammes, jusqu'à la dose maxima qui correspond en général à 1 cgr. $1/2$, quelquefois 2 centigrammes par kilogramme. En cas d'intolérance, la même dose est répétée à la séance suivante, en ayant soin de faire précéder et suivre l'injection de l'ingestion de 15 gouttes de la solution d'adrénaline au millième. En général, elle est alors bien supportée.

Par cette méthode, des doses progressivement croissantes préconisées par Milian, nous n'avons jamais observé d'accident (1).

L'injection est pratiquée dans les veines du pli du coude. Il est exceptionnel de ne pouvoir faire les premières injections, même chez les enfants. Pour les injections suivantes, les veines s'oblitérent facilement chez certains sujets. L'injection est alors pratiquée dans les veines jugulaires.

Le néosalvarsan paraît agir plus rapidement que le mercure au cas de lésion ulcéreuse. Il n'est pas rare d'obtenir la cicatrisation d'une ulcération assez étendue à la suite de la quatrième injection.

Sur les articulations, les ganglions durs, les hyperostoses jeunes, il ne paraît pas supérieur au traitement iodomercurel.

Sur les hyperostoses anciennes, le mercure semble nettement supérieur comme résolutif.

Le néosalvarsan présente enfin sur le mercure l'avantage d'agir beaucoup plus énergiquement sur l'état général. Son action eutrophique, pour employer

1. Nous ne ferons que signaler sans commentaire, le cas suivant : G. nous est envoyé pour incontinence d'urine : l'examen révèle une abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec signe d'Argyll. Le W. dans le sang est très fortement positif, il est négatif dans le liquide céphalo-rachidien qui contient 18 éléments par millimètre cube au Nageotte. Une série de néosalvarsan est instituée ; après la dose de 0,45, qui est bien supportée, l'incontinence d'urine disparaît, la dose de 0,60 détermine une élévation thermique à 40 degrés avec diarrhée et vomissements ; des douleurs fulgurantes apparaissent le lendemain de l'injection. La ponction lombaire donne alors issue à un liquide contenant 33 éléments par millimètre cube.

le terme de notre regretté maître, le Dr Jacquet, s'exerce non seulement sur les terrains syphilitiques. Nous avons, en effet, traité soit par suite d'erreur de diagnostic, soit en connaissance de cause, des tuberculeux osseux ou ganglionnaires, par le néosalvarsan. Nous avons très souvent observé des augmentations notables de poids avec relèvement de l'appétit, et cela sans action nette sur les lésions en évolution.

Mercure et iodure. — Nous employons en général, comme sel mercuriel, des sels solubles : biiodure ou benzoate; ceux-ci dans l'intervalle des séries de néosalvarsan et en concomitance avec des prises d'iodure de potassium variant entre 1 gr. 50 et 3 grammes par jour.

Souvent aussi, nous employons l'huile grise ou l'huile au calomel. Il est d'ailleurs fréquent de voir des accidents (stomatites, entérite et albuminurie) à la suite de l'emploi des sels insolubles. Une autre objection à faire à cette médication consiste dans l'ignorance où l'on se trouve de la solubilisation des produits injectés qui peuvent rester longtemps sans action, pour passer ensuite tardivement dans un organisme déjà saturé. Aussi ce traitement que l'on peut employer à titre préventif paraît dangereux à titre curatif. Cette médication par les sels insolubles apparaît donc comme un pis aller, qui ne trouve son excuse que dans la facilité plus grande du traitement et surtout dans l'indocilité des malades, qui refusent un traitement de longue durée par les injections quo-

tidiennes, acceptant volontiers des injections hebdomadaires. En tous cas, le traitement par l'huile grise ou l'huile au calomel doit être surveillé de très près par l'examen fréquent de la bouche et des urines, et l'on doit instituer des séries séparées par un intervalle de repos suffisamment prolongé.

L'influence de la médication toujours très nette sur les accidents en évolution est des plus variables sur la réaction de W. Il est impossible de formuler une règle à ce sujet. A la suite d'un traitement prolongé, nous avons pu dans un certain nombre de cas obtenir l'inactivation du sérum. Ce résultat est d'autant plus facile à obtenir que la première réaction n'est pas très fortement positive, telle que 1000 ; 1 1/2 00 ; — quand la réaction est très fortement positive, 0000, on n'obtient que difficilement l'inactivation du sérum. Ce résultat paraît être acquis plus rapidement par le néosalvarsan et surtout par la médication mixte.

Traitements adjuvants. — Dans nombre d'arthrites, et surtout d'ostéo-arthrites, il paraît de toute nécessité d'instituer un traitement adjuvant qui ne sera pas la mobilisation et le massage, comme il est écrit dans certains ouvrages, mais au contraire, l'immobilisation. Celle-ci durera tant que l'articulation restera chaude et douloureuse. Elle calme, en effet, les douleurs articulaires et permet la cédation des phénomènes inflammatoires.

Quant au traitement chirurgical, des ostéites syphi-

litiques il est tout à fait proscrit à Berck (1). Nous citerons les passages suivants, tirés de la Revue générale de MM. Ménard, Lemoine et Pénard : « L'intervention chirurgicale n'est dans notre esprit qu'une erreur de thérapeutique. Chez nos malades qui ont subi des interventions chirurgicales, le premier acte opératoire était une faute, dont l'origine résidait, pensons-nous, dans une erreur de diagnostic... nous pouvons conclure que deux faits découlent de ces interventions : l'extrême difficulté qu'elles présentent à guérir, puisque souvent, elles ont nécessité plusieurs mois, voire même trois ans, pour cicatriser. L'autre fait concluant est la fréquence des séquestres ».

On transforme, en effet, une ostéite syphilitique curable par le traitement en une ostéomyélite diffuse sur laquelle le traitement spécifique n'a aucune action. M. Ménard a un certain nombre d'observations où chaque intervention a été l'origine de nouveaux séquestres.

Nous donnons à titre d'exemple les observations X et XVI où des séquestres s'éliminent spontanément, et où la cicatrisation survient complète en quelques mois, sous l'influence de la seule médication spécifique.

Et les observations XXX où l'intervention ne

1. « Contribution à l'étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire des os longs », par MM. V. Ménard, Fr. Le Moine et J. Pénard (*Extr. de la Gaz. des Hôp.*, 25 avril et 2 mai 1908).

donne aucun résultat et où le traitement spécifique amène en trois mois la guérison que l'intervention sanglante (astragalectomie) avait été impuissante à obtenir après trois ans et demi, IV et VII où une intervention intempestive a déterminé un processus de séquestration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Scapulalgie droite non modifiée par le traitement.— Hyperostoses multiples. **W.** positif, guérison des hyperostoses. **W** négatif.

D... Augustine, âgée de huit ans, est envoyée à l'Hôpital maritime le 16 avril 1913 pour arthrite chronique de l'épaule droite. A l'arrivée, on constate les lésions suivantes :

1° Scapulalgie droite : mouvements limités mais non complètement abolis, pas de douleurs spontanées ni provoquées, atrophie du moignon de l'épaule ;

2° Les tibias et les péronés apparaissent fortement épaissis et hyperostosés ;

3° On perçoit un renflement du fémur droit à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ;

4° Traces de kératite ancienne bilatérale.

L'examen radiographique montre, au niveau de l'épaule, des lésions de l'épiphyse supérieure de l'humérus qui apparaît mal délimitée, les bords en sont flous, estompés ; à la diaphyse aucun épaississement.

Au fémur droit, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la diaphyse une hyperostose de la face interne.

Au fémur gauche, épaissement léger de la bande externe de tissu compact au tiers supérieur.

Des deux côtés, un aspect spécial du bord supérieur du col fémoral qui constitue une ligne sinueuse.

Tibias: à gauche, volumineux manchon d'hyperostose de la moitié supérieure de la diaphyse à prédominance bulbaire, se prolongeant en bas vers le bulbe inférieur le long de la face externe.

A droite, un volumineux fuseau de la partie moyenne de la diaphyse.

Péronés: à droite, le manchon d'hyperostose englobe la diaphyse dans toute sa longueur.

A gauche, il prédomine dans ses deux tiers supérieurs et le long du bord externe.

Ce tableau caractéristique impose le diagnostic de syphilis que vient confirmer le laboratoire. Le W. pratiqué à la date du 31 mai 1913, par le Dr Stroehlin, est très fortement positif.

Du 31 mai 1913 au 24 août 1916, il est fait 170 injections de biiodure de mercure, 18 injections d'huile grise et 20 injections d'huile au calomel.

Le 16 octobre 1914, apparition d'un abcès de la racine du nez et d'un abcès frontal en rapport avec une ostéite des os du nez et de l'os frontal. Les deux abcès fistulisent au cours du traitement mercuriel. La fistulisation persiste quelques mois, puis la cicatrisation se produit sans déformation osseuse.

Le 24 septembre 1915, une nouvelle radiographie montre :

1° Fémur droit: disparition de l'hyperostose de la face interne ;

2° Tibia gauche : l'hyperostose diaphysaire a presque complètement disparu. Il persiste encore au fuseau de la région bulbaire supérieure, empiétant sur le tiers supérieur de la diaphyse, il y a un foyer de nouvelle formation au niveau du bulbe inférieur. L'os est allongé de 1 cm. $1/2$;

3° Péroné gauche : normal ;

4° Tibia droit : le fuseau a disparu, il persiste une hyperostose à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face externe ;

5° Péroné droit : l'hyperostose est en voie de disparition ; on voit au centre une trainée sombre limitée de chaque côté par une zone plus claire, mal estompée, paraissant répondre à de l'os de nouvelle formation.

Le 6 novembre 1916, le W. est très fortement positif (0000).

Série de néosalvarsan :

25-8-16	4-9-16	30-9-16	9-10-16	24-10-16	1-11-16	9-11-16	16-11-16
—	—	—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60
38°4							

W. pratiqué en fin de série est négatif (IIII).

8 décembre 1916. — Une nouvelle radiographie montre la disparition complète des hyperostoses du tibia droit et du péroné gauche. L'hyperostose persiste au péroné droit. Le tibia gauche est encore renflé, il est plus convexe que le droit à la palpation.

Les lésions de l'épaule droite n'ont pas été modifiées par le traitement.

OBSERVATION II

Kerato-iritis. — Dent d'Hutchinson. — Destruction de la cloison. — Syphilides cutanées. — Ostéite frontale. — Hyperostose des tibias. — W. + guérison. — W. négatif.

M... André, âgé de treize ans, est envoyé à l'hôpital Bouville le 6 juin 1916. A son entrée, l'enfant présente les lésions suivantes, dont l'ensemble symptomatique impose le diagnostic :

1° Trois cicatrices du cuir chevelu (région frontale) étoilées, adhérentes à l'os, occupant la surface d'une pièce de 2 francs;

2° Traces de kératite interstitielle de l'œil droit, avec synéchies au niveau de l'iris : la pupille est irrégulière et réagit mal ;

3° Le squelette des os du nez est indemne, la cloison est complètement détruite, le nez est affaissé et dévié vers la droite. En soulevant le lobule du nez et en le ramenant vers la ligne médiane, on constitue le nez en lorgnette type. On constate alors une vaste ulcération qui a détruit la sous-cloison et dont les bords déchiquetés correspondent à l'ouverture des narines. La narine droite est respectée dans ses trois quarts antéro-externes, son squelette cartilagineux persiste. La narine gauche est complètement cicatricielle avec destruction de son squelette cartilagineux. Il existe une cicatrice en forme de fente linéaire qui correspond au sillon nasojugal gauche ;

4° Les incisives médianes supérieures sont divergentes avec bord libre présentant l'échancrure d'Hutchinson ;

5° Syphilides cutanées à bords polycycliques de la cuisse droite ;

6° Les tibias sont renflés, le droit présente un épaississement très net au niveau de son tiers moyen. La face interne et le bord antérieur sont fortement bosselés, irréguliers. Les épiphyses supérieure du tibia et inférieure du fémur sont sensibles à la pression.

La radiographie montre un double fuseau du tibia droit.

Le W. pratiqué le 16 novembre 1916 est fortement positif (1.000).

Première série de néosalvarsan :

17-8-16	24-8-16	31-8-16	7-9-16
0,15	0,30	0,45	0,45

4 septembre 1916. — Cicatrisation des syphilides de la cuisse droite. Bon état général.

Deuxième série de néosalvarsan :

17-10-16	26-10-16	2-11-16	9-11-16	18-11-16
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45

En janvier, février et mars 1917. — L'enfant reçoit 8 injections d'huile au calomel.

21 juin 1917. — Disparition du gonflement des deux tibias.

La pression des épiphyses juxtagonales est indolore.

Le W. est moins nettement positif (1 1 1/4 0).

Troisième série de néosalvarsan :

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45

27 novembre 1917. — W. négatif (1111).

OBSERVATION III

Ostéite fistuleuse du tibia droit. — Kérato-iritis. —

W. Positif. — Guérison. — W. négatif.

S... Georgette, âgée de dix-huit ans, entre le 25 mai 1915 à l'hôpital Vincent, elle présente à l'arrivée :

1° Une fistule du tiers moyen de la jambe droite en rapport avec une ostéite du tibia droit, qui est fortement épaissi au niveau de sa face interne. On perçoit, en outre, un abcès profond perceptible à la partie inférieure de la jambe, en dedans du tibia.

Les accidents remontent à deux mois et ont débuté par des douleurs vives à prédominance nocturne.

2° Coryza chronique ancien avec jetage abondant.

3° Diminution de l'acuité visuelle, les cornées présentent des néphélions. Iritis, prédominant à gauche : les pupilles sont déformées et irrégulières et ne réagissent à aucun mode d'excitation.

La localisation au tibia, son aspect bosselé, les lésions des yeux font porter le diagnostic d'ostéite syphilitique et la malade est mise aux injections de calomel.

Dès la troisième injection, le trajet fistuleux pré tibial est cicatrisé.

17 février 1916. — Après vingt injections de calomel, le W. est très fortement positif (0 0 0 0).

Série de néosalvarsan :

13-3-16	20-3-16	27-3-16	4-4-16	10-4-16	17-4-16	24-4-16
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60	0,60

14 juin 1916. — Le W. est négatif (1111), la face interne du tibia est lisse, les lésions sont cicatrisées.

OBSERVATION IV

Ostéite fistulisée des deux tibias, opérée antérieurement.

— Gomme de l'avant-bras, adénite fistulisée, W. positif. —

Guérison. — W. négatif.

P... Charles, âgé de trois ans et demi, est envoyé en mai 1915 à l'Hôpital maritime, avec le diagnostic d'abcès froids multiples fistuleux.

L'enfant présente à son entrée :

1° Une ostéite fistuleuse des deux tibias et du péroné droit (un grattage a été pratiqué antérieurement sur les deux tibias).

2° Des gommès sous-cutanées ouvertes de l'avant-bras et du bras gauche.

3° Une adénite cervicale droite fistulisée.

4° Le foie est gros, sensible et déborde les fausses côtes de quatre travers de doigts,

Examen radiographique. — Hypérostose des deux tibias ne respectant que le tiers inférieur (tibia en pilon de mortier) avec une caverne à limites diffuses au tiers supérieur. La diaphyse du péroné droit est renflée en un fuseau volumineux qui triple le volume de l'os.

Ce tableau symptomatique impose le diagnostic de syphilis, et l'enfant est mis au traitement mercuriel.

Du 22 novembre 1915 au 27 avril 1916. — Treize injections de calomel (3 cgrs.); au cours du traitement, cicatrisa-

tion rapide des gommès sous-cutanées du bras et de l'avant bras et de l'adénite cervicale. Les ulcérations de la jambe droite tendent à la réparation. Une fistule persiste aux deux jambes, en rapport avec la caverne que montre la radiographie au tiers supérieur des deux tibias.

Le W. pratiqué le 22 juin 1916 est très fortement positif (oooo). Série de néosalvarsan (Injections faites dans les jugulaires).

23-6-16	29-6-16	8-7-16	15-7-16	21-7-16	28-7-16
0,10	0,15	0,15	0,20	0,30	0,30

Le 2 août 1916. — Les fistules du mollet droit qui sont en rapport avec l'ostéite du péroné sont fermées. Les fistules du tiers supérieur des deux jambes sont sans modification. On est conduit à pratiquer le curettage des deux tibias : ablation d'un séquestre au niveau de la caverne.

Reprise du traitement mercuriel ; 2 séries de 10 frictions et 5 injections de calomel.

Le 11 août 1917, toutes les lésions sont cicatrisées, l'enfant est en bon état. Le foie n'est plus perceptible à la palpation.

Le W est négatif (III).

OBSERVATION V

Ostéite du radius droit. Lésions cicatricielles du voile du palais. — Triade d'Hutchinson. — W Positif.

P... Léon, âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital Maritime le 16 mars 1915.

L'enfant présente à l'arrivée un ensemble symptomatique qui impose le diagnostic de syphilis :

1° Ostéite du radius droit qui est considérablement renflé dans toute sa longueur avec un volumineux fuseau de sa diaphyse. L'os est allongé avec main botte cubitale;

2° Cicatrices d'adénites cervicales ulcérées;

3° Cicatrice d'une ulcération du voile ayant détruit la luette et une partie du pilier droit.

4° Triade d'Hutchinson caractérisée par :

a) Un leucome bilatéral;

b) Une légère surdité;

c) L'échancrure semi-lunaire du bord libre des deux incisives-médianes supérieures avec rétrécissement en tournevis et obliquité divergente; l'aspect en tournevis des deux incisives médianes inférieures avec échancrure semi-lunaire du bord libre; des lésions caractéristiques de la dent de six ans.

L'enfant est mis au traitement mercuriel.

Il est fait jusqu'en mars 1916, 50 injections de biiodure de mercure.

Le W pratiqué le 23 mars 1916 est très fortement positif (0000).

La radiographie faite à la date du 10 avril 1916 montre un radius géant avec à la partie moyenne un fuseau qui s'éclaircit.

OBSERVATION VI

Mal de Pott fistuleux, non influencé par le traitement. —

Lésions dentaires caractéristiques. — Hypérostoses multiples. — W Positif.

J... Georges, âgé de six ans, est envoyé à l'hôpital Bouville pour mal de Pott dorso-lombaire, le 21 mai 1907.

Nous voyons l'enfant en juillet 1916. Il est soigné pour un mal de Pott dorso-lombaire fistuleux qui se présente avec tous les caractères habituels de la tuberculose vertébrale. Il existe depuis trois ans une fistule à la racine de la cuisse droite par laquelle s'écoule un pus grumeleux, très abondant.

L'examen complet montre des malformations dentaires caractérisées par l'échancrure semi-lunaire des incisives médianes inférieures avec forme en tournevis et obliquité divergente; l'aspect en tournevis atypique des incisives médianes supérieures qui sont divergentes et dont la face antérieure est entaillée d'avant en arrière à partir du tiers inférieur. Les dents de six ans manquent.

Sur une radiographie faite en 1912, on lit une hyperostose caractéristique du tibia et du fémur du côté gauche. Sur ces données radiographiques, un traitement mercuriel a été institué qui n'a nullement influencé la lésion vertébrale et au cours duquel s'est formé l'abcès qui a fistulisé.

Le W pratiqué le 4 juillet 1916 est très fortement positif (oooo) 3 séries de néosalvarsan sont sans action sur la fistule.

OBSERVATION VII

Ostéite fistuleuse opérée de la moitié inférieure du fémur.

— Triade d'Hutchinson. — W positif. — Amélioration. — W négatif.

V... Julien, âgé de neuf ans, est envoyé à l'hôpital Bouville le 3 janvier 1912, pour une Ostéite fistuleuse de l'extrémité inférieure du fémur gauche qui date de deux ans.

On relève sur sa fiche les renseignements suivants, trans-

crits à son arrivée : subluxation du genou gauche en arrière, avec récurvatum, la flexion atteint l'angle droit ; il n'y a pas d'inflammation articulaire. Fistules osseuses fémorales, au niveau des faces interne et externe de la cuisse gauche au tiers inférieur. La moitié inférieure du fémur est fortement gonflée. Le membre inférieur gauche est raccourci de 8 centimètres.

Une intervention pratiquée en avril 1915 a montré des lésions d'ostéite diffuse du fémur gauche sans séquestres.

En juin 1915, l'attention est attirée sur les lésions anciennes oculaires, auditives et dentaires que présente l'enfant et dont l'ensemble constitue la triade d'Hutchinson :

1° Leucomes cornéens ;

2° Surdité complète ;

3° Stigmates dentaires constitués par : a) Incisives médianes supérieures en tournevis ; b) Incisives médianes inférieures en tournevis avec obliquité divergente et torsion de dehors en dedans ; c) Dent de six ans en bourse caractéristique.

En outre, rhagades suspectes de la commissure labiale.

En juin et juillet 1905, 6 injections de 5 centigrammes d'huile grise.

25 août. — Apparition d'un gros abcès, à la face externe de la cuisse gauche en avant de la fistule.

Première série de néosalvarsan :

31-8-15	7-9-15	15-9-15	22-9-15
0,15	0,30	0,30	0,45

À la suite du traitement arsenical, l'abcès s'est résorbé. Les fistules persistent sans modification, elles ont donné spontanément issue à deux petits séquestres.

24 février 1916. — W. fortement positif (1/2 000).

D'avril à août, 12 injections de calomel.

Deuxième série de néosalvarsan :

17-10-16	26-10-16	2-11-16	8-11-16	18-11-16
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45

En juillet 1917, les fistules persistent sans modification, donnant issue à un pus fétide et abondant.

L'aspect clinique et les renseignements radiographiques ne traduisent ni la tuberculose, ni l'ostéomyélite. Le W. positif et la triade caractéristique que présente l'enfant sont en faveur d'une lésion syphilitique.

Troisième série de néosalvarsan.

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17	25-9-17
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,45

6 octobre 1917. — Les fistules persistent mais donnent très peu. Il y a une grosse amélioration, mais la guérison n'a pu être obtenue. Le W. est négatif (I I I I).

OBSERVATION VIII

Adénites cervicales ramollies. — Ostéites multiples. —
W. négatif. — Guérison par le traitement.

M... Guy, âgé de trois ans, est envoyé à l'Hôpital maritime le 8 juillet 1914 pour adénite cervicale bilatérale.

A l'examen on constate :

1° Des adénopathies angulo-maxillaires et sous-maxillaires bilatérales constituées par une grosse masse ganglionnaire

avec périadénite, du volume d'un œuf de poule. Les deux masses ganglionnaires sont fluctuantes. La masse droite est ponctionnée une fois et donne issue à 4 centimètres cubes de pus sanglant. L'abcès ganglionnaire gauche donne issue à deux reprises à 6 centimètres cubes de pus chocolaté, grumeleux.

2° Fistules de la plante du pied gauche sous la dépendance d'un spina ventosa du premier métatarsien.

3° La région du premier métatarsien droit apparaît tuméfiée.

4° Limitation des mouvements d'extension des deux coudes avec épaissement du tiers supérieur du cubitus et de la moitié inférieure de l'humérus.

5° La palpation révèle une hyperostose bilatérale de la diaphyse tibiale.

Rhagades suspectes des deux lèvres. Aspect myxœdémateux.

L'examen radiographique montre :

1° Un spina ventosa des deux premiers métatarsiens ;

2° Une hyperostose bilatérale des bulbes cubital supérieur et huméral inférieur ;

3° Un fuseau caractéristique de la diaphyse tibiale avec épaissement du tissu compact et rétrécissement du canal médullaire ;

4° Un fuseau des deux péronés.

En mai 1915, apparaît un abcès du coude gauche en rapport avec le foyer d'ostéite cubital. L'abcès est ponctionné deux fois et ne se reproduit pas.

Le tableau clinique est en faveur de la syphilis, l'image radiographique des hyperostoses tibiales est absolument caractéristique.

Le W. pratiqué le 6 janvier 1916 est négatif (I I I I).

L'enfant est mis au traitement mercuriel.

15 janvier 1916. — Apparition d'un spina du premier métacarpien gauche, la peau devient rouge et luisante et une petite ulcération apparaît sur le bord radial.

Du 20 janvier 1916 au 23 mai 1917, il est fait : 20 injections d'huile au calomel, et 30 injections de 5 milligrammes de bi-iodure de mercure avec prises d'iodure de potassium entre les séries.

De nouvelles réactions de W. pratiquées entre temps restent négatives.

28 août 1917. — L'enfant quitte Berck cliniquement guéri.

Des radiographies successives montrent la résorption des hyperostoses ; les ganglions cervicaux ne sont plus perceptibles ; les deux coudes ont une extension complète. L'enfant est bien développé, le myxoedème a disparu.

OBSERVATION IX

(Malade de M. le D^r Ménard)

**Ostéite de la moitié interne de la clavicule. — W. négatif,
— Amélioration par le traitement.**

G... Marie, âgée de trente-et-un ans, est envoyée à Berck pour une ostéite de la clavicule droite.

L'affection a débuté en décembre 1916 par des douleurs dans la région claviculaire droite interne en même temps qu'apparaissait une tuméfaction de l'os.

A l'arrivée, en juillet 1917, la clavicule droite, présente un gonflement de toute sa moitié interne, le gonflement est

prédominant au niveau de l'extrémité sternale et va en s'effilant vers le corps de l'os, la tuméfaction cesse brusquement au niveau du sternum. L'articulation sterno-claviculaire est douloureuse par réaction de voisinage. Des téguments sont fortement empâtés. Au niveau de son extrémité sternale, la clavicule apparaît une fois et demie plus grosse que du côté opposé.

Le W. pratiqué le 20 août 1917 est négatif (I I I I).

La localisation unique à la clavicule du processus inflammatoire fait instituer le traitement malgré les renseignements négatifs fournis par le laboratoire.

13 septembre 1917. — Après 4 injections d'huile grise, la tuméfaction superficielle a disparu, les douleurs ont notablement diminué ; le gonflement osseux est plus facilement perceptible, et la clavicule apparaît irrégulière au niveau de son bord supérieur dans tout son tiers interne.

La malade quitte Berck avec le conseil de continuer le traitement mercuriel.

OBSERVATION X

Ostéites et hyperostoses multiples. — Effondrement basal du nez. — W. positif. — Guérison. — W. positif.

M... Lucie, âgée de quatorze ans, entre à l'Hôpital maritime le 19 mai 1915.

A l'arrivée, le tableau clinique impose le diagnostic de syphilis. On note :

1° Une vaste ulcération de la face interne de la jambe droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, en rap-

port avec un foyer d'ostéite ancienne du tibia, qui apparaît à la palpation fortement bosselé et irrégulier;

2° Le tibia gauche est lui-même épaissi et convexe et présente un fuseau à son tiers moyen;

3° Gomme ulcérée de la face externe de la cuisse droite;

4° Épaississement du cubitus et du radius droits;

5° Ulcérations de la face externe du bras droit en rapport avec un foyer d'ostéite de l'humérus qui apparaît à la palpation fortement épaissi;

6° Ostéite fistuleuse du pariétal et du frontal droits;

7° Ostéite fistuleuse du pariétal gauche;

8° Hyperostose du tiers interne de la clavicule gauche;

9° Effondrement basal des os du nez donnant l'aspect classique en selle.

A l'examen radiographique : Ostéite diffuse des trois quarts inférieurs du tibia droit qui apparaît souflé, à bords irréguliers.

Fuseau diaphysaire du tibia gauche.

La radiographie des cuisses révèle une hyperostose de la face externe du fémur gauche qui avait passé inaperçue à l'examen clinique.

Première série de néosalvarsan :

9-6-15	16-6-15	23-6-15	30-6-15	7-7-15	14-7-15
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60

En cours de séries, cicatrisation des ulcérations pariétales, frontales et de la gomme de la cuisse droite.

En août et septembre, 6 injections de calomel.

L'enfant est ensuite perdue de vue jusqu'au 2 avril 1916 où un W. pratiqué est très fortement positif (0000).

Deuxième série de néosalvarsan :

<u>12-4-16</u>	<u>18-4-16</u>	<u>25-4-16</u>	<u>2-5-16</u>	<u>10-5-16</u>	<u>17-5-16</u>
0,20	0,30	0,45	0,60	0,75	0,90

En fin de série, l'ulcération prétiibiale droite est fermée.

Etat général excellent.

29 juin 1916. — L'articulation tibio-tarsienne droite est chaude, fortement tuméfiée, les mouvements en sont légèrement limités et douloureux.

Troisième série de néosalvarsan :

<u>29-6-16</u>	<u>5-7-16</u>	<u>12-7-16</u>	<u>17-8-16</u>	<u>23-8-16</u>	<u>29-8-16</u>	<u>6-9-16</u>
0,15	0,30	0,45	0,45	0,30	0,45	0,45
		0 38°5	0 39°8			0 40°

Les températures données n'ont aucune valeur. L'enfant a avoué plus tard qu'elle faisait monter son thermomètre.

15 novembre 1916. — Toutes les lésions sont cicatrisées. La tibio-tarsienne est sèche et froide, ses mouvements restent limités.

Le W. est sans changement (oooo).

Des radiographies successives montrent la résorption des hyperostoses tibiales et fémorale.

OBSERVATION XI

Hyperostoses des deux tibias et du fémur gauche résorbées sous l'influence du traitement. — Hydarthrose du genou droit survenue deux ans après. — W. positif. — Amélioration. — W. positif.

T... Hildefonse, âgé de douze ans, entre à l'hôpital Bouville le 16 avril 1914, pour des douleurs au niveau des deux jambes, douleurs dont le début remonte à un an.

On note à l'arrivée une ostéite fistuleuse du tiers supérieur du tibia droit qui est fortement gonflé ; les deux tiers inférieurs du tibia gauche sont bosselés et l'os apparaît à la palpation triplé de volume.

Une radiographie pratiquée en mai 1914 confirme les données cliniques. On constate une hyperostose du tiers supérieur du tibia droit prédominant en dehors où elle masque l'espace interosseux. L'os est sombre dans toute cette région et on ne distingue aucun détail architectural. A gauche, l'hyperostose s'étend du bulbe inférieur jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la diaphyse, constituant au tiers moyen un fuseau au niveau duquel le canal médullaire est fortement rétréci, masqué en certains points. A la partie externe, l'hyperostose est fortement entaillée. Le fémur gauche apparaît épaissi dans le tiers supérieur de sa diaphyse, avec condensation de la lame externe du tissu compact.

Le tableau clinique et les renseignements radiographiques sont assez caractéristiques pour permettre d'affirmer la syphilis. L'enfant est mis au traitement mercuriel.

De mai 1914 à septembre 1915, il est fait 50 injections de biiodure et 16 injections d'huile grise.

En octobre 1915, les fistules qui siégeaient dans la région bulbaire du tibia droit sont fermées, les douleurs ont totalement disparu ; les tibias restent encore fortement renflés à la palpation.

L'enfant quitte l'hôpital.

Il revient le 29 février 1917 pour une hydarthrose du genou droit.

Le genou est chaud et globuleux, en flexion légère. Les

culs-de-sacs sont fortement distendus, et la rotule soulevée avec choc rotulien. Les ménisques sont épaissis et douloureux. Les mouvements sont très douloureux et limités : l'extension complète est impossible, la flexion n'atteint que 130 degrés.

Les deux tibias sont fuselés : le droit dans son tiers supérieur, le gauche dans sa moitié inférieure, avec aspect en fourreau de sabre.

Le membre inférieur gauche est allongé de 2 cm. $1/2$: 1 centimètre d'allongement au fémur, 1 cm. $1/2$ au tibia.

A cette époque, la recherche de stigmates montre deux érosions cupulaires au tiers inférieur de la face antérieure des incisives médianes supérieures.

A la date du 1^{er} mars 1917, le W. est très fortement positif (0000).

En avril, mai, juin et juillet : 10 injections de calomel.

12 août 1917. — Le genou droit reste chaud et globuleux avec choc rotulien. Les ménisques sont gonflés et douloureux. L'extension est maintenant complète. La flexion active et passive atteint 110 degrés,

La radio des deux tibias montre un changement considérable depuis le premier examen ; on ne trouve plus trace d'hyperostose, il persiste encore un épaississement de la moitié inférieure du tibia gauche et de la région bulbaire supérieure du tibia droit.

Au niveau du genou, l'espace et les surfaces articulaires sont sans modification.

A la palpation, les deux tibias restent fortement épaissis, surtout la moitié inférieure du tibia gauche.

Série de néosalvarsan :

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60

6 octobre. — Le genou est absolument indolore, il reste encore gonflé et chaud avec choc rotulien. Son extension est complète, sa flexion dépasse l'angle droit.

Le W. reste très fortement positif (1/4000).

OBSERVATION XII

Hydarthrose des deux genoux. — Hyperostose des deux tibias. — W. positif. — Guérison. — W positif.

G... Marie-Louise, âgée de quatorze ans, entre à l'hôpital Vincent, le 14 juin 1917, pour une arthrite des deux genoux.

L'enfant raconte qu'elle a toujours souffert des genoux qui sont gonflés et douloureux à la moindre fatigue. A plusieurs reprises, elle a dû s'aliter. En mai 1916, à la suite d'une scarlatine, elle a fait une poussée très douloureuse à gauche, et a été soignée depuis cette époque par l'immobilisation et l'extension continue.

A l'arrivée : les deux genoux sont globuleux, chauds, la rotule est soulevée, on détermine du choc rotulien. Les ménisques sont gonflés et sensibles. Léger valgus bilatéral. La flexion est limitée et douloureuse atteignant difficilement l'angle droit à droite, 100 degrés à gauche.

Les diaphyses tibiales sont épaissies, il existe un certain

degré de convexité en avant des deux tibias, avec aspect en fourreau de sabre ébauché, plus marqué à droite.

Petits ganglions cruraux des deux côtés.

Il n'existe aucun stigmate de syphilis, mais l'ancienneté et la bilatéralité des lésions, leur marche capricieuse, l'épaississement des deux tibias, imposent le diagnostic de syphilis que vient confirmer la réaction de W. qui, à la date du 20 juin 1917 est très fortement positive (oooo).

L'examen radiographique montre des lésions bilatérales des épiphyses juxtagonales dont le contour est déchiqueté, irrégulier. Cet aspect est surtout marqué au niveau du plateau externe du tibia, de la tête du péroné du côté droit, et du condyle externe du fémur du côté gauche. Dans ces régions, l'os a une teinte plus sombre. A gauche, les surfaces articulaires sont régulières; à droite, l'espace articulaire est pincé et la surface articulaire du plateau tibial externe est fortement irrégulière.

La radiographie des tibias ne donne aucun renseignement précis, au contraire de la clinique.

Néosalvarsan :

27-6-17	2-7-17	12-7-17	19-7-17	24-7-17
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60
Huile	Huile	Hg	Hg	Hg
grise	grise	T. 39°	Adrénaline	
			T. 36°8	

24 juillet 1917. — Les genoux sont froids, non douloureux, leur flexion atteint 45 degrés, la synoviale reste épaissie des deux côtés, le choc rotulien persiste à gauche.

En août, 15 frictions d'onguent mercuriel et 2 grammes d'iodure de potassium.

8 août 1917. — Le W reste sans changement (0000).

Deuxième série de néosalvarsan :

6-9-17	13-9-17	20-9-17	27-9-17	4-10-17
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60
Huile grise	Hg	Hg	Hg	Hg

12 octobre. — Les deux genoux sont froids et secs. L'enfant marche depuis quinze jours. La flexion au niveau des deux genoux est sensiblement normale atteignant un angle de 30 degrés. L'enfant a passé de 30 à 34 kilos.

W. sans changement (0000).

OBSERVATION XIII

Ostéite ulcérée du tibia gauche. — Ostéite des bulbes juxtagonaux droits, avec synovite sous-quadricipitale. — W positif. — En voie de guérison. W positif.

P... Georgette, âgée de neuf ans, entre à l'hôpital Vincent le 1^{er} septembre 1917.

L'enfant présente à l'arrivée :

1° Une ostéite ouverte de l'extrémité inférieure du tibia gauche, sans atteinte de la tibio-tarsienne. L'affection a débuté il y a un an par quelques douleurs et du gonflement. L'ulcération apparue en juin est actuellement profonde, cratériforme, s'étendant sur une largeur de 6 centimètres et une hauteur de 7 cm. 1/2. Les bords en sont polycycliques en feuille de trèfle, à foliole médiane inférieure. Ils sont taillés à pic au pourtour supérieur, éversés au pourtour inférieur. Le fond est formé par l'os dénudé sur une hauteur de 5 cen-

timètres et une largeur de 3 centimètres. La palpation révèle un gonflement marqué de toute la moitié inférieure du tibia gauche ;

2° Ostéite des bulbes juxtagonaux droits ayant débuté il y a 6 mois. On constate un gonflement considérable du cul-de-sac sous-quadricipital qui forme une bourse proéminente, fluctuante, sans communication avec la synoviale articulaire. Le genou lui-même est sec et froid. Les bulbes tibial et fémoral apparaissent très fortement gonflés, la tuméfaction osseuse s'étend jusqu'au tiers moyen de la diaphyse. Les mouvements de flexion du genou ne dépassent pas l'angle droit mais sont absolument indolores.

On ne trouve aucun stigmat dentaire, oculaire ou auriculaire.

La mère interrogée nie tout accident, son mari est bien portant, elle a un autre enfant âgé de dix ans, en bonne santé.

Le tableau est à lui seul suffisant pour affirmer la syphilis que confirme le W. très fortement positif, le 5 septembre 1917 (0000).

Série de néosalvarsan :

6-9-17	13-9-17	20-9-17	27-9-17	4-10-17	11-10-17
0 gr. 15	0,30	0,45	0,45	0,45	0,50
Huile grise Hg		Hg	Hg	Hg	Hg

8^e septembre 1917. — Deux jours après la première injection, la collection sous-quadricipitale a diminué de moitié ; on perçoit mieux la tuméfaction sous-jacente du fémur qui paraît une fois plus gros que celui du côté opposé.

6 octobre 1917. — La collection sous-quadricipitale est

complètement résorbée, on perçoit un épaississement notable de la séreuse.

L'ulcération de la jambe gauche a notablement diminué d'étendue ; elle occupe la surface d'une pièce de deux francs, elle laisse voir l'os recouvert d'une mince lamelle noirâtre qui s'exfolie en fibrilles.

12 octobre 1917. — Diminution marquée de l'épaississement de la moitié inférieure du fémur droit. Les mouvements de flexion du genou atteignent 60 degrés. L'ulcération de la jambe gauche est réduite à une pièce de 1 franc.

Le W. reste sans changement (oooo).

OBSERVATION XIV

Ostéites multiples. — Ostéo-arthrite des deux genoux. — Nephelions cornéens. — W. positif, en voie de guérison. — W. positif.

C... Eugène, âgé de treize ans, est envoyé à l'hôpital Bouville le 24 avril 1917, avec le diagnostic d'ostéites tuberculeuses multiples.

A l'arrivée on note :

- 1° Ostéites fistulisées, frontale, occipitale et pariétale ;
- 2° Ostéite du manubrium sternal avec abcès menaçant fistule ;
- 3° Ostéo-arthrite du genou droit qui est chaud, douloureux, avec distension des culs-de-sac et choc rotulien. Le bulbe tibial droit est gonflé, il existe à son niveau une fistule qui donne peu. Les mouvements atteignent difficilement l'angle droit ;

4° Ostéite fermée du bulbe tibial inférieur qui est gonflé et douloureux ;

5° Ostéo-arthrite ancienne du genou gauche : les épiphyses tibiale et fémorale juxtagonales, sont épaissies et douloureuses à la pression. La région est entourée de cicatrices opératoires. Le genou est en flexion légère et ne peut être étendu complètement. Sa flexion atteint difficilement 130 degrés.

L'enfant ne peut fournir aucun renseignement sur le début des accidents et les opérations qui ont été faites ;

6° Traces de kératite sous forme de petits néphéliions bilatéraux.

La dentition est normale.

L'ensemble des lésions, la coexistence des ostéites crâniennes avec l'aspect de l'ostéo-arthrite bi latérale des genoux, la tuméfaction du bulbe tibial inférieur droit, et les lésions des cornées font porter le diagnostic de syphilis que confirme le W. qui à la date du 9 mai 1917 est très fortement positif (0000).

11 mai 1917 au 20 août 1917. — 12 injections de calomel.

20 août 1917. — Toutes les lésions sont cicatrisées, le genou droit est froid et sec, ses mouvements restent limités. A gauche, la flexion atteint l'angle droit.

Série de néosalvarsan :

4-9-17	11-9-17	18-9-17	25-9-17	2-10-17
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60

6 octobre 1917. — Les mouvements du genou droit sont normaux. L'extension est encore incomplète à gauche, la flexion atteint un angle de 75 degrés.

W. sans changement(0000).

OBSERVATION XV

Fausse tumeur blanche fistuleuse du genou gauche.
— Apparition d'un fuseau tibial, W. négatif. — Guérison
par le traitement.

P... Suzanne, âgée de onze ans, est envoyée le 24 mai 1915 à l'hôpital Vincent, pour une tumeur blanche fistuleuse du genou gauche, dont le début remonte à neuf mois.

Le genou est fléchi à 120 degrés, son redressement est impossible. Les mouvements actifs de flexion sont nuls, la flexion passive est très limitée et arrache des cris à l'enfant. Le genou est chaud. Les culs-de-sac sont empâtés. Les ménisques sont épaissis et douloureux.

Au niveau du creux poplité, fistule qui donne issue à un liquide séreux. En outre, abcès de la région supéro-externe de la jambe.

Les muscles de la cuisse et du mollet sont très atrophiés. Engorgement ganglionnaire inguinal et iliaque.

Cet aspect des lésions impose le diagnostic de tumeur blanche. L'abcès est ponctionné quatre fois, donnant issue à un pus épais, chocolaté.

17 juillet 1915. — On note à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du tibia, une tuméfaction osseuse qui donne à l'os un aspect fuselé. Les jours suivants, un abcès apparaît qui, ponctionné, donne issue à 15 centimètres cubes de liquide séro-hématique. L'abcès fistulise le 13 août 1915. Le nouveau foyer tibial fait penser à la syphilis et sur ces seules données, le traitement est institué.

La radiographie du genou montre des épiphyses augmentées de volume, un espace articulaire pincé, comme dans la tumeur blanche au début.

Le tibia est épaissi à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, mais les renseignements sont ici moins précis que ceux fournis par la palpation.

Le 13 novembre 1915, après 10 injections de calomel, les fistules sont cicatrisées, l'abcès de la jambe est complètement résorbé, il n'y a plus aucune douleur, le genou est en rectitude et sa flexion atteint l'angle droit.

Le 6 janvier 1916, W. négatif (1 1 1 1).

Série de néosalvarsan :

30-1-16	5-2-16	12-2-16	19-2-16	26-2-16
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60

En mars et avril, 8 injections de calomel.

Le 24 mai 1916, le genou est froid et sec. Les mouvements sont d'amplitude normale. On applique sans peine le talon sur la fesse.

Le W. reste négatif.

OBSERVATION XVI

(Malade qu'a bien voulu nous confier M. le D^r Calvé)

Adénites et ostéites fistulisées multiples. — Lésions oculaires anciennes. — Traitement mercuriel sans action. — W. positif. — Guérison par le néosalvarsan. — W. positif.

S... Georgette, âgée de douze ans, vient à Berck, le 2 novembre 1916. L'enfant est malingre, pâle, atteinte d'adénites fistulisées et d'ostéites multiples.

Le début des accidents remonte à quatre ans. A cette époque, apparition de lésions oculaires et d'une ostéite du tibia gauche ; le traitement par les injections de biiodure, d'hectine et d'hectargyre, a eu raison des lésions oculaires, mais n'a nullement influencé la marche des autres accidents.

La sœur, plus âgée de quatre ans, a présenté à l'âge de sept ans une ostéite du tibia, traitée et guérie par le traitement mercuriel.

Le père gros, pléthorique, a été réformé pour hémoptysies, son W. serait positif.

A la date du 2 novembre 1916, nous relevons les lésions suivantes dont l'ensemble symptomatique impose le diagnostic de syphilis :

1° Fistules déprimées sur le côté interne du premier métatarsien droit ;

2° Ostéite totale du tibia droit qui est fortement épaissi, renflé en fourreau de sabre, avec de larges ulcérations diaphysaires, l'une de la taille d'une pièce de deux francs, l'autre d'une pièce de cinq francs, à bords irréguliers, indurés, à fond sanieux donnant issue à un pus d'odeur fétide. La jambe gauche est allongée de 2 centimètres ;

3° Fuseau diaphysaire du tibia droit ;

4° Arthrite du genou gauche qui est chaud, douloureux, avec épanchement et choc rotulien, mais sans limitation des mouvements de flexion ;

5° Arthrite de la tibio-tarsienne droite, avec ostéite de l'extrémité inférieure du tibia ;

6° Adénite fistulisée du creux poplité droit et des deux régions inguinales ;

7° Ostéite bipolaire du radius droit, avec double fuseau,

le radius est allongé de 1 cm. 1/2 avec main botte cubitale ;

8° Large ulcération du tiers inférieur de la face interne du bras gauche, provenant d'un ganglion sus-épithrocléen ouvert ;

9° Ganglions cervicaux et sous-maxillaires bilatéraux fistulisés avec décollements sous-cutanés, constituant une vaste plaie contournant en fer à cheval le maxillaire inférieur. Certaines parties sont cicatrisées avec ponts cutanés et terriers dont il est classique de faire la caractéristique des cicatrices tuberculeuses ;

10° Ostéite frontale bilatérale douloureuse et suppurée à gauche ;

11° Fistule du maxillaire supérieur au niveau de l'incisive médiane supérieure droite qui est allongée et ébranlée.

12° Malformations dentaires banales : implantation vicieuse des dents supérieures et incisures du bord libre des incisives inférieures.

9 novembre 1916. — W. très fortement positif (o o o o).

Première série de néosalvarsan :

9-11-16	16-11-16	23-11-16	30-11-16
—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45

Après la première injection, les douleurs frontales disparaissent le soir même.

16 novembre 1916. — La gomme frontale est résorbée.

22 novembre 1916. — Le genou gauche est moins empâté, la rotule est perceptible à la palpation. La tibio-tarsienne droite est moins gonflée ; toutes les ulcérations tendent à la cicatrisation.

Pendant le mois de décembre, 1 centigramme de biiodure et 2 grammes d'iodure de potassium en ingestion.

Deuxième série de néosalvarsan :

3-1-17	10-1-17	17-1-17	24-1-17	31-1-17
—	—	—	—	—
0,30	0,30	0,45	0,45	0,60

3 janvier 1917. — Avant la deuxième série de néosalvarsan, toutes les ulcérations sont cicatrisées, sauf celles de la jambe gauche qui présentent les mêmes caractères qu'au début donnant issue à un liquide sanieux, abondant, d'odeur fétide. Le stylet tombe sur une surface osseuse dénudée.

17 janvier 1917. — Etat général meilleur, l'enfant engraisse, se colore.

Le genou gauche est sec, de même que la tibio-tarsienne droite.

L'ulcération pré-tibiale a donné spontanément issue à trois petits séquestres.

En mars, avril et mai, 30 injections de biiodure de mercure.

19 juin 1917. — L'enfant a augmenté de 15 kilogs, toutes les ulcérations sont cicatrisées. Des deux ulcérations pré-tibiales gauche, il persiste une fistulette croûteuse qui donne peu.

Troisième série de néosalvarsan :

24-7-17	31-7-17	7-8-17	15-8-17
—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60

27 août 1917. — La fistule tibiale est fermée.

Le W. reste sans modification (oooo).

OBSERVATION XVII

(Malade qu'a bien voulu nous confier M. le D^r Ménard.)

Hydarthrose des deux genoux. — Hyperostoses multiples.
— Cicatrices d'adénites cervicales et d'ostéites de l'apophyse orbitaire externe. — Kératite ancienne. W. + Guérison, W. positif faible.

F... Marie, âgée de dix-neuf ans, vient à Berck, pour une hydarthrose des deux genoux datant de sept ans.

On relève dans ses antécédents personnels :

Une enfance malade avec maux d'yeux ; une scarlatine à l'âge de douze ans à la suite de laquelle s'installe une hydarthrose récidivante des deux genoux. Le genou droit a été immobilisé six mois en 1914, trois mois en 1916.

A quatorze ans, adénite cervicale gauche fistulisée.

A dix-huit ans, ostéite de l'apophyse orbitaire externe fistulisée et douleurs au niveau du coude droit.

La jeune fille est chétive, pâle, son poids est de 43 kilogs.

A la date du 18 mai 1917 :

1^o Hydarthrose légère des deux genoux avec choc rotulien et augmentation de la température locale. Le tibia droit est renflé et douloureux à la pression au niveau de son bulbe supérieur. La flexion du genou gauche est limitée ne dépassant pas l'angle droit, celle du genou droit atteint à peine 100 degrés ;

2^o Légère limitation de l'extension du coude droit, avec épaissement de la moitié inférieure de la diaphyse humérale droite et du tiers supérieur du cubitus ;

3° Cicatrices d'ostéite fistuleuse au niveau de la queue du sourcil droit, cicatrice irrégulière, adhérente à l'os avec bourrelets et ponts cutanés;

4° Cicatrice d'adénite fistulisée de la région angulo-maxillaire gauche; cicatrice déprimée, télangiectasique;

5° Dépoli de la cornée gauche.

Rien dans les antécédents héréditaires ne fait penser à la syphilis, on ne constate aucun stigmate dentaire et auriculaire. Les lésions oculaires que la malade a présentées dans son enfance n'ont laissé que des traces insignifiantes à l'œil gauche.

La lésion bilatérale des deux genoux, l'épaississement du bulbe du tibia droit, de l'extrémité inférieure de l'humérus, et de l'extrémité supérieure du cubitus font porter le diagnostic de syphilis, et M. Ménard nous confie la malade pour faire un W. et diriger le traitement.

20 mai 1917. — W. très fortement positif (oooo).

Première série de néosalvarsan :

24-5-17	31-5-17	6-6-17	13-6-17
—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60

En juin et juillet, 20 injections de 2 centigrammes de benzoate de mercure, avec prise de 2 grammes d'iodure de potassium pendant vingt jours.

7 août 1917. — Les deux genoux sont secs et froids, toute trace d'épanchement a disparu. La flexion atteint à droite comme à gauche 45 degrés.

Deuxième série de néosalvarsan :

7-8-17	14-8-17	21-8-17	28-8-17	4-9-17
—	—	—	—	—
0,30	0,45	0,60	0,60	0,75

21 septembre 1917. — Excellent état général. Augmentation de poids de 9 kilogs. Les deux genoux sont secs et froids, la flexion est complète à gauche, elle atteint 35 degrés à droite. L'humérus droit reste épaissi dans son tiers inférieur.

Le W. est positif faible (11 1/4 0).

OBSERVATION XVIII

(Malade de M. le Dr Ménard.)

Hydarthrose des deux genoux. — Triade d'Hutchinson. W. positif. — 30 injections d'huile grise. — Guérison. — W. négatif.

S... Suzanne, âgée de neuf ans, est envoyée à Berck en juin 1916, pour une hydarthrose des deux genoux datant d'un an.

Il existe peu de phénomènes fonctionnels : la maladie se réduit au gonflement des jointures, et ne détermine aucune douleur, mais une simple gêne de la marche avec fatigue rapide. Le médecin traitant a conseillé le séjour à Berck et la mère est convaincue que l'air de Berck suffira à faire disparaître tous les troubles. L'évolution d'un favus du cuir chevelu l'incite à venir demander conseil à M. Ménard qui, après examen complet de l'enfant, porte le diagnostic d'hydarthrose syphilitique des deux genoux et nous demande de pratiquer la réaction de W.

Nous voyons l'enfant le 20 septembre 1916 : les deux genoux sont chauds, gonflés, légèrement globuleux, avec distension du cul-de-sac sous-quadricipital ; la rotule est soulevée et on détermine du choc rotulien, l'épanchement prédomine à

droite. Tous les mouvements sont possibles et d'amplitude normale. La pression des épiphyses juxtagonales détermine de la douleur.

L'examen de la dentition révèle des malformations dentaires :

1° Les deux incisives médianes supérieures ont la forme en tournevis avec obliquité divergente. Elles présentent un sillon arciforme, crénelé, limitant un cinquième inférieur grenu, jaunâtre, irrégulièrement strié, et dépourvu d'émail dans sa presque totalité, à l'exception de quelques îlots conservés ;

2° Les canines présentent un sillon circulaire d'où émerge le cinquième litre ;

3° Les deux incisives médianes inférieures montrent des irrégularités du bord libre, au tiers supérieur une érosion en coup d'ongle limitée par un bord arciforme avec conservation de l'émail ; leur forme générale est en tournevis.

Lésions oculaires, consistant en une kérato-conjonctivite bilatérale datant de mai 1914.

Dureté d'oreilles complétant la triade d'Hutchinson.

L'interrogatoire apprend qu'à l'âge de deux ans, l'enfant a présenté une otorrhée gauche.

Le W. pratiqué le 21 septembre 1916 est fortement positif (1000).

21 août 1917. — Après trente injections d'huile grise, les genoux sont secs et froids ; l'enfant peut faire 8 kilomètres sans fatigue, l'acuité auditive est meilleure. La cornée présente encore un léger dépoli.

W. négatif (1111).

OBSERVATION XIX

Hydarthrose ancienne du genou gauche. — Mal de Pott dorso-lombaire guéri. — W. positif. — Guérison. — W. positif.

C... Jérémie, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Bouville le 11 novembre 1916 pour une hydarthrose du genou gauche qui évolue depuis dix ans avec des alternatives de recrudescence et de guérison apparente. Depuis six mois, il y a une nouvelle poussée.

A l'arrivée, le genou gauche est chaud, globuleux, la rotule est soulevée avec choc rotulien. On arrive avec peine à déterminer une flexion passive de 140 degrés qui est très douloureuse.

Grosse atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe.

Le fémur est allongé d'un centimètre.

Ganglions inguinaux bilatéraux.

L'anamnèse apprend qu'à l'âge de dix ans, G... a fait une chute à la suite d'un coup reçu dans la région lombaire et est resté alité pendant un an; neuf ans après, seraient apparus, à quelques mois d'intervalle, deux abcès de la région dorsale inférieure droite qui se sont fistulisés rapidement. Il persiste actuellement une cicatrice ombiliquée adhérente aux plans profonds au niveau de la dernière fausse côte droite et une cyphose dorso-lombaire à long rayon avec raideur complète de la colonne vertébrale à ce niveau.

On ne trouve aucun stigmate permettant de penser à la syphilis.

L'histoire vertébrale paraît plutôt en faveur de la tuberculose.

La radiographie du genou montre des surfaces articulaires complètement indemnes, l'espace articulaire est bien conservé ; les contours latéraux du plateau tibial externe et des condyles fémoraux sont un peu irréguliers.

L'évolution anormale et capricieuse de l'arthrite du genou incite à pratiquer une réaction de W. qui à la date du 16 novembre 1916 est positive (11/200).

Du 22 novembre 1916 au 20 décembre 1916, quatre injections d'huile au calomel. Pendant le traitement, apparaît un abcès au niveau de la tête du péroné gauche qui est épaissie et douloureuse. Le 4 janvier 1917 l'abcès fistulise.

Première série de néosalvarsan :

25-1-17	9-2-17	16-2-17	23-2-17
—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60

Deuxième série de néosalvarsan :

20-3-17	28-3-17	4-4-17	11-4-17
—	—	—	—
0,30	0,45	0,60	0,60

En juin 1917 la fistule s'est rapidement cicatrisée sous l'influence du traitement. Le genou gauche a recouvré tous ses mouvements dont l'amplitude est la même qu'à droite ; il n'y a plus trace d'épanchement.

Le W. est plus fortement positif qu'au premier examen (1000).

OBSERVATION XX

(Malade de M. le D^r Ménard)

Hydarthrose du genou gauche. — Fausse tumeur blanche du genou droit. — Trace de kératite interstitielle. — Syphilis du père connue, W. positif. — En voie de guérison.

R... Suzanne, âgée de cinq ans, est envoyée à Berck avec le diagnostic de tumeur blanche des deux genoux.

L'anamnèse apprend que, bien portante jusqu'en avril 1917, l'enfant a souffert à cette date des yeux, en même temps que le genou droit devenait chaud, gonflé et douloureux. Quelques semaines après, les mêmes phénomènes se produisaient du côté du genou gauche.

Des renseignements fournis par le médecin de la famille apprennent que le père est syphilitique.

A l'arrivée, en juillet 1917, on note :

1^o Une tuméfaction du genou droit qui apparaît chaud, globuleux, fortement empâté. La tuméfaction est irrégulière et la jambe légèrement fléchie paraît subluxée en arrière et en dehors. Les mouvements sont limités et douloureux. Moins les ganglions, l'aspect rappelle trait pour trait la tumeur blanche du genou ;

2^o Hydarthrose du genou gauche avec soulèvement de la rotule, choc rotulien net, et limitation légère des mouvements de flexion ;

3^o Trace de kératite interstitielle des deux yeux laissant un léger dépoli des deux cornées.

Cet ensemble symptomatique suffit pour affirmer la syphi-

lis et sans attendre la réaction de W., l'enfant est mise au traitement mercuriel.

Comme traitement adjuvant, les deux genoux sont immobilisés sous appareil plâtré.

Le W. pratiqué le 24 août 1917 est fortement positif (1/2000).

11 septembre 1917. — Après 8 injections d'huile grise, le genou droit est froid, encore un peu gonflé, il est complètement redressé, avec très léger degré de varus, sa flexion reste un peu limitée; l'appareil plâtré est supprimé à son niveau. L'hydarthrose persiste fortement réduite à gauche.

OBSERVATION XXI

Fausse tumeur blanche du genou gauche. — Hypérostose diaphysaire du tibia droit. — Arthralgie du poignet gauche. — W. positif. — Guérison. — W ?

C... Lucienne, âgée de quatorze ans, entre à l'Hôpital maritime en juillet 1915 pour arthrite du genou gauche datant de deux ans.

A l'examen, on constate :

1° Genou gauche globuleux, chaud, avec disparition des méplats, distension des culs-de-sac; le genou est dévié en valgus et presque immobilisé. Il n'y a pas de choc rotulien et la main perçoit une sensation d'empâtement mollassse. Pas d'engorgement ganglionnaire.

2° Le tibia droit est fortement convexe avec douleurs nocturnes à son niveau. La mensuration donne un allongement de 1 centimètre;

3° Douleurs spontanées au niveau du poignet gauche sans modification de l'aspect ni de la mobilité.

Aucun stigmate dentaire. L'enfant est très belle, bien constituée.

L'examen radiographique révèle :

1° Tibia droit renflé en fuseau au niveau de sa diaphyse avec un épaississement plus marqué du tissu compact au côté externe qui vient masquer le péroné; la lumière du canal médullaire n'est pas rétrécie;

2° A la radio du genou, on ne constate aucune altération des surfaces articulaires, l'espace et les épiphyses adjacentes du tibia et du fémur présentent des deux côtés même hauteur et même largeur. Les contours articulaires sont parfaitement dessinés. Il y a seulement un léger degré de dystrophie dans l'architecture du tibia et du fémur;

3° La radio des os de l'avant-bras ne fournit aucun renseignement.

Les renseignements radiographiques du genou qui infirment la tuberculose et l'hyperostose du tibia droit font porter le diagnostic de syphilis que confirme la réaction de W. qui est très fortement positive (o o o o).

Première série de néosalvarsan :

<u>8-8-16</u>	<u>23-8-16</u>	<u>2-9-16</u>	<u>9-9-16</u>	<u>15-9-16</u>	<u>23-9-16</u>
0,30	0,30	0,30	0,45	0,60	0,75

En fin de série, le W. reste nettement positif (1 1/2 oo).

En octobre et novembre, 6 injections d'huile grise.

Deuxième série de néosalvarsan :

<u>19-11-16</u>	<u>25-11-16</u>	<u>2-12-16</u>	<u>14-12-16</u>	<u>31-12-16</u>	<u>6-1-17</u>
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,75

Dès les premières injections de néosalvarsan, disparition complète des douleurs au niveau du poignet gauche et du tibia droit.

17 octobre 1916. — Le genou est sec et froid, la flexion active dépasse l'angle droit, la flexion passive atteint 45 degrés.

OBSERVATION XXII

Fausse tumeur blanche du genou gauche. — Ostéite fistulisée du tibia droit. — Ostéite frontale ouverte. — Adénite inguinale droite fistulisée. — W. positif. — Guérison. — W. positif.

D... Augustine, âgée de dix ans, est envoyée à l'hôpital Vincent en avril 1916, avec le diagnostic de lésions bacillaires ouvertes multiples.

L'enfant présente à l'arrivée :

1° Ostéite du tibia droit fistuleuse, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Le tibia apparaît à la palpation épaissi, bosselé, irrégulier ;

2° Adénite inguinale droite fistulisée ;

3° Ostéite frontale fistulisée ;

4° Ostéo-arthrite du genou gauche qui arrive sous plâtre.

Le genou est figé en extension. On détermine avec peine quelques mouvements de flexion extrêmement limités et très douloureux. Il est chaud, globuleux, avec empatement des culs-de-sac, soulèvement de la rotule, sans choc rotulien.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Il n'existe aucun stigmate de syphilis.

La coexistence de l'épaississement irrégulier de la diaphyse

tibiale droite avec l'ostéite frontale fait penser à la syphilis, que confirme le W. très fortement positif (0 0 0 0).

Première série de néosalvarsan :

14-6-16	27-6-16	5-7-16	26-7-16	1-8-16	9-8-16	16-8-16
0,15	0,30	0,45	0,45	0,45	0,45	0,60

Du 21 août au 27 septembre 1916, 5 injections d'huile au calomel.

24 septembre 1916. — W. fortement positif (1/2 0 0 0).

Deuxième série de néosalvarsan :

27-9-16	4-10-16	10-10-16	17-10-16	26-10-16	2-11-16
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,60
$\theta = 40^{\circ}4$ Adréнал. Adréнал. $\theta = 37^{\circ}3$ $\theta = 37,8$					

En fin de série, les lésions sont cicatrisées. La guérison clinique est complète. Les lésions ont obéi rapidement au traitement dans l'ordre suivant : dès la deuxième injection de néosalvarsan, cicatrisation de l'adénite inguinale. A la quatrième injection, cicatrisation de l'ostéite frontale et de l'ostéite du tiers supérieur du tibia droit.

7 décembre 1916. — Le genou gauche est froid et sec, sa flexion est complète et on applique sans douleur le talon sur la fesse.

L'enfant a un aspect floride, elle a gagné 9 kilogrammes en huit mois. Le W. reste positif (1 1/2 0 0).

OBSERVATION XXIII

(Malade de M. le D^r Calvé)

Fausse tumeur blanche du genou droit. — W. positif.
En voie de guérison. — W. négatif

B... Lucien, âgé de trente-deux ans, est envoyé à Berck pour tumeur blanche du genou droit.

Le début remonte à huit ans. A cette époque, B. a fait une arthrite blanche du genou droit et a dû s'aliter pendant deux mois. Nouvelle poussée en 1911, avec trois mois de suspension de travail.

Mobilisé, il n'a pu faire aucun service et, après plusieurs passages successifs dans différents hôpitaux, a été réformé pour tumeur blanche du genou.

A son arrivée à Berck, en mars 1917, le genou droit est chaud, globuleux ; la synoviale est fortement injectée, la rotule soulevée sans choc rotulien. La jambe est en extension ; la flexion est douloureuse et limitée, atteignant difficilement un angle de 120 degrés. La marche est impossible depuis cinq mois par suite de la douleur. Atrophie moyenne du quadriceps.

Ganglions iliaques petits des deux côtés.

B..., nie tout accident vénérien : il a deux enfants bien portants.

En l'absence de tout antécédent spécifique, une résection du genou est proposée. Auparavant on pratique la réaction de W. qui, à la date du 25 avril 1917, est très fortement positive (0000).

9 août 1917. — Après 10 injections de calomel, le genou est froid, encore légèrement gonflé ; on perçoit la synoviale épaissie. La flexion active atteint facilement 50 degrés.

W. sans changement (oooo).

B..., quitte Berck.

OBSERVATION XXIV

Fausse tumeur blanche du genou gauche. — Arthrite ancienne du genou droit guérie sans reliquats. — W. positif. — Guérison. — W ?

N... Yvonne, âgée de douze ans, est envoyée en novembre 1915 à l'Hôpital maritime, pour tumeur blanche du genou gauche dont le début remonte à un an.

A l'examen on note :

Genou chaud, globuleux, avec empâtement des culs-de-sac et épaississement des ménisques qui sont douloureux à la pression. La rotule paraît fortement soulevée, sans que l'on puisse déterminer de choc rotulien net. Les mouvements de flexion sont douloureux, limités, ne dépassant pas 100 degrés. Passivement, on détermine la flexion à angle droit.

Il n'existe aucun stigmate de syphilis, mais l'enfant raconte qu'antérieurement, elle a souffert du genou droit : actuellement on ne trouve aucune trace d'arthrite du genou droit.

L'examen radiographique est négatif : les espaces articulaires sont symétriques, les épiphyses ont la même hauteur. Il n'y a aucune irrégularité dans le contour des surfaces articulaires.

C'est sur ces faibles indices et sur l'absence de lésions à

l'examen radiographique, que l'on pratique le W. qui est fortement positif (1000) à la date du 5 janvier 1916.

28 mars 1916. — Après 8 injections de calomel, le genou est sec et froid ; les mouvements actifs de flexion atteignent l'angle droit.

Le W. est plus fortement positif qu'au premier examen (0000).

L'enfant passe dans un service de marchants.

Du 28 mars au 18 juillet, 10 injections de calomel.

8 août 1916. — Il n'y a plus trace d'arthrite du genou droit, les mouvements sont d'amplitude normale.

OBSERVATION XXV

Fausse tumeur blanche du genou droit datant de quatre ans. — W. positif. — Guérison. — W. négatif.

S..., Louise âgée de vingt-huit ans, entre en juillet 1916 à l'hôpital Vincent pour une ostéo-arthrite du genou gauche datant de quatre ans, étiquetée tuberculeuse, et immobilisée sous appareil plâtré depuis trois ans et demi.

La malade présente un mauvais état général avec amaigrissement marqué, teint terreux, perte de l'appétit.

Le genou gauche est chaud, globuleux, avec disparition des méplats péri-rotuliens, empâtement des culs-de-sac synoviaux. La rotule est difficile à délimiter par suite de l'œdème. Les ménisques sont épaissis et douloureux. La pression des épiphyses du fémur et du tibia des deux côtés éveille de la douleur. Le genou est en extension. On arrive à provoquer une flexion de quelques degrés qui est très douloureuse.

On perçoit quelques petits ganglions inguinaux gauches un peu plus développés que du côté opposé.

Devant cet ensemble symptomatique, le diagnostic de tumeur blanche est confirmé et on propose à la malade une résection du genou; auparavant, on fait une radiographie et un W.

L'examen radiographique ne montre aucune altération des surfaces articulaires dont les contours sont absolument réguliers, l'espace articulaire a la même hauteur que du côté opposé. La seule modification constatée par comparaison avec le côté opposé consiste en une dystrophie marquée qui apparaît sous forme de taches claires au niveau des bulbes fémoral et surtout tibial et qui peut être en rapport avec l'immobilisation prolongée.

Le W. pratiqué le 15 septembre 1916 est très fortement positif (0000).

L'interrogatoire au sujet de la syphilis a été pourtant négatif; sauf une fausse couche de six semaines il y a sept ans, trois mois après son mariage. S... nie tout accident.

Première série de néosalvarsan :

4-10-16	11-10-16	17-10-16	25-10-16	8-11-16	14-11-16	22-11-16	28-11-16
0,15	0,30	0,45	0,30	0,45	8,60	0,60	0,60
		0:40 ³	adrén.	adrén.			
		0:37 ⁰²	0:37 ⁰⁴				
Calomel	Cal.	Cal.	Cal.	Cal.	Cal.	Cal.	Cal.

4 décembre 1915. — Amélioration notable de l'état général et local, l'appétit a reparu, la malade engraisse, les phénomènes douloureux sont très amendés: le genou est froid, l'empâtement a diminué, la rotule est facile à délimiter.

La flexion active atteint 155 degrés, la flexion passive 100 degrés.

Il existe encore un point douloureux à la pression du plateau interne du tibia.

En décembre, 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

Deuxième série de néosalvarsan.

3-1-17	10-1-17	17-1-17	23-1-17	31-1-17	6-2-17
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45	0,60	0,60

13 février 1917. — Le W. reste sans changement (0000).

De mars à juillet, 8 injections de calomel, 4 injections d'huile grise, prises de 2 grammes d'iodure de potassium pendant trente jours.

Le 21 juin 1917. — Le genou est froid et sec, les mouvements de flexion active atteignent 45 degrés ; S... fait 4 kilomètres sans canne avec boiterie légère. Les épiphyses sont encore douloureuses à la pression.

État général excellent, augmentation de poids de 9 kilos.

W. négatif (1 1 1 1).

Le résultat obtenu est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'un genou immobilisé pendant trois ans et demi et il est extraordinaire après une si longue immobilisation de retrouver chez l'adulte des mouvements de flexion d'une telle amplitude.

OBSERVATION XXVI

Ostéo-arthrite ancienne du genou droit. — Limitation des mouvements de la hanche droite : W. positif. — Amélioration. — W. négatif.

E... Roger, âgé de dix ans, est envoyé à l'Hôpital maritime en mars 1917 pour tumeur blanche ancienne du genou droit.

L'enfant ne peut fournir aucun renseignement précis sur le début et l'évolution de l'affection.

A l'arrivée, le genou est froid et sec, le tibia est allongé d'un centimètre, il existe une cicatrice adhérente au niveau du bulbe tibial. Tout le membre inférieur droit présente une atrophie considérable portant également sur la cuisse et sur la jambe.

La flexion active et passive du genou ne dépasse pas 100 degrés.

Les mouvements de rotation, d'adduction et d'abduction de la hanche sont un peu limités. Il n'y a ni tuméfaction, ni douleurs, dans la région de la hanche.

En outre, mycropolymyadénopathie généralisée avec prédominance au niveau de la nuque.

Le W. pratiqué dans un but statistique est positif (11/200).

En avril, mai et juin, 3 séries de 10 injections de biiodure.

16 juin 1917. — On constate un renflement très net du tibia droit qui n'est pas décelable à la radiographie.

En juillet, août et septembre, 3 nouvelles séries de 10 injections de Iiodure.

12 octobre 1917. — Le renflement tibial a disparu ; les mouvements du genou atteignent un angle de 90 degrés ; les mouvements de la hanche sont normaux. W. négatif (I I I I).

OBSERVATION XXVII

Arthrite de la hanche datant de vingt-cinq ans : W. positif. — Amélioration. — W. positif.

T... Nestor, âgé de trente-cinq ans, entre à l'Hôpital maritime en octobre 1916.

Il a été réformé en 1903 pour lésion de la hanche datant de l'enfance. Repris service armé en 1915. Il traîne à partir de ce moment de conseils de réforme en dépôts jusqu'à son arrivée au centre de Physiothérapie de Berck.

T... raconte qu'il a été soigné à l'Hôpital maritime en 1891 pour une arthrite coxo-fémorale droite qui aurait été étiquetée coxalgie, il avait en outre des gommès fistulisées de la cuisse droite et des ganglions cervicaux.

On ne trouve pas trace de son passage dans les archives de l'Hôpital maritime qui n'ont été constituées que l'année suivante. Mais le malade n'a été ni plâtré ni immobilisé à cette époque ; la lésion de la hanche n'a donc pas été considérée comme une coxalgie.

Quoi qu'il en soit, depuis cette époque T... a toujours marché difficilement, boitant rapidement à la suite d'une marche un peu longue et souffrant de la hanche par intermittence.

A l'arrivée, on constate :

Trois cicatrices de fistules déprimées, adhérentes aux plans profonds et étagées le long de la face postéro-externe de la cuisse droite depuis la région trochantérienne jusqu'à un travers de main au-dessus du bord supérieur du condyle externe.

A l'exploration de la hanche, pas de tuméfaction, mais limitation douloureuse des mouvements de flexion qui n'atteignent pas l'angle droit. L'hyperextension est également limitée, de même que l'abduction, l'adduction et la rotation.

La cuisse est atrophiée de 2 centimètres.

Le fémur est allongé d'1 cm. 1/2.

L'examen radiographique est négatif: pas de pincement de l'espace articulaire, pas de dystrophie du fémur.

En présence de ce tableau qui ne rappelle en rien la coxalgie mais qui dénote une arthrite ancienne de la hanche, nous pratiquons à tout hasard un W. qui est positif (1/2 1/4 co).

T..., nie avoir jamais eu un accident spécifique.

Série de néosalvarsan :

12-10-16	19-10-16	26-10-16	2-11-16	9-11-16	16-11-16	23-11-16	30-11-16
0,15	0,30	0,45	0,75	0,45	0,60	0,75	0,90
			$\theta = 40^{\circ}1$	adrén.	adrén.	adrén.	adrén.
			céphal.	$\theta = 37^{\circ}2$	$\theta = 37^{\circ}$	$\theta = 37^{\circ}2$	$\theta = 37^{\circ}8$
			diarrh.				

Le W. pratiqué en fin de série est plus nettement positif qu'avant le traitement (1/2 000).

4 janvier 1917. — Amélioration considérable des symptômes: la marche est plus facile, la flexion de la hanche atteint 50 degrés, l'hyperextension reste limitée, tous les autres mouvements sont libres.

T... est versé dans l'auxiliaire.

OBSERVATION XXVIII

Tumeur blanche du cou de pied droit. — Arthrite de la hanche droite, arthralgie du poignet droit : W. +. — Guérison de l'arthrite de la hanche et de l'arthralgie du poignet. — W. +.

G... Juliette, âgée de dix-huit ans, entre à l'Hôpital maritime en mars 1916 pour tumeur blanche du cou de pied droit.

On constate à l'arrivée :

1° Une ostéo-arthrite tibio-tarsienne et sous-astragalienné ancienne datant de neuf ans. Il y a eu en 1908 un abcès dans la région sous-malléolaire externe qui a été ponctionné plusieurs fois. Un premier séjour a été fait à l'Hôpital maritime en 1910.

À l'arrivée, tuméfaction péri-achilléenne et péri-malléolaire externe, limitation considérable de tous les mouvements de la tibio-tarsienne qui ne sont que de quelques degrés, la sous-astragalienné est clouée.

Le pied droit est moins long que le gauche de 2 centimètres.

Le membre inférieur droit est très atrophié, mais allongé de 1 cm. 1/2 : la mensuration du fémur donne un allongement de 2 centimètres, celle du tibia un raccourcissement de 1/2 centimètre.

2° La malade interrogée raconte qu'elle a souffert de la hanche droite à plusieurs reprises : l'exploration de la hanche ne révèle aucune tuméfaction, mais de la limitation des mouvements de flexion et d'hyperextension ; la rotation, l'abduction et l'adduction sont libres.

Le pli fessier droit est abaissé, la fesse droite hypotonique.

3° En outre, douleurs au poignet droit, survenant spontanément en dehors des mouvements ; l'exploration des mouvements des divers segments du membre supérieur droit est négative.

4° Mauvais état général. Jeune fille pâle et amaigrie.

Examen radiographique. — 1° Cou de pied : Il y a une ostéite de l'astragale, dont les contours sont flous, irréguliers, mal délimités, avec une zone centrale plus sombre dont l'architecture trabéculaire est complètement modifiée. Les espaces articulaires tibio-tarsien et sous-astragalien sont fortement pincés. L'épiphyse inférieure du tibia droit est plus longue de 2 millimètres que celle du tibia gauche. Cet aspect radiographique est nettement en faveur de la tuberculose ;

2° Hanche : renseignement négatif, aucune modification de la couronne et du cintre ;

3° Fémurs : à première vue, le fémur gauche paraît hypérostosé, la diaphyse mesurée à 17 centimètres au-dessous du petit trochanter donne en effet 27 millimètres contre 23 à droite ; en outre, le canal médullaire est plus étroit qu'à droite : 10 millimètres contre 11. Ces signes radiographiques font conclure à un fuseau en voie de formation : augmentation du diamètre du fémur gauche et condensation du tissu compact. Cette impression fournie par une erreur d'interprétation radiographique s'efface devant les faits cliniques. La malade a, en effet souffert et souffre encore de la hanche droite dont les mouvements sont un peu limités.

D'autre part, la mensuration du fémur donne un allongement de 2 centimètres du côté droit, ce qui est contraire à la

règle, l'os hyperostosé étant en général allongé. Il faut donc en conclure qu'il y a eu une arthrite de nature indéterminée de la hanche droite qui n'a pas laissé de trace au niveau de l'article mais a retenti sur la longueur et le trophisme du fémur.

C'est sur l'interprétation erronée des renseignements radiographiques que le W. est pratiqué et celui-ci est très nettement positif à la date du 10 mai 1916 (1/4 0 0 0).

Cinq injections de calomel sont mal supportées déterminant des douleurs et de la fièvre.

Première série de néosalvarsan :

29-6-16	6-7-16	13-7-16	19-7-16	26-7-16	1-8-16	9-8-16
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60	0,60	0,60

Le W. pratiqué en fin de série reste fortement positif (1 0 0 0).

Deuxième série de néosalvarsan :

29-8-16	6-9-16	14-9-16	30-9-16	9-10-16	17-10-16	24-10-16
0,15	0,30	0,45	0,30	0,45	0,60	0,60
						0:38:8
						céphalie
						mydriase

7 novembre 1916. — W. sans changement (1 0 0 0).

Du 9 novembre 1916 au 12 décembre 1916. — Six injections d'huile grise et 2 gramme d'iodure de potassium,

Troisième série de néosalvarsan :

21-3-17	28-3-17	5-4-17	12-4-17	19-4-17
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60

20 juillet 1917. — Les troubles du pied droit sont sans changement : la marche est assez facile, mais le pied s'œdématie le soir.

Les douleurs du poignet droit et de la hanche droite ont complètement disparu au cours du traitement.

L'état général est excellent, augmentation de poids de 13 kilos.

Le W. reste nettement positif (1 0 0 0).

OBSERVATION XXIX

(Malade qu'a bien voulu nous confier M. le Dr Calvé)

Fausse tumeur blanche du cou de pied droit. — Sarcocèle syphilitique. — W. positif. — Amélioration. — W. positif.

R... Henri, âgé de trente-quatre ans, est envoyé à Berck pour une tumeur blanche du cou de pied droit, l'anamnèse apprend que le 28 octobre 1914, R... a été projeté et enterré par éclatement proche d'obus. Depuis cette époque, il souffre au niveau du pied droit. Le pied est immobilisé dans un appareil plâtré depuis décembre 1914.

En janvier 1915, apparition d'une orchite droite.

Fin 1915 chute des poils du corps.

En février 1916, apparition d'une ulcération de la région sus-acromiale droite.

A l'arrivée à Berck, R... présente :

1° Un gros œdème blanc du pied droit qui est dévié en valgus : la tibio-tarsienne est fortement empâtée et chaude, tous les mouvements sont abolis à son niveau ; on arrive à

provoquer des mouvements très limités de la sous-astragalienne ; la médio-tarsienne reste libre.

Il n'y a pas de ganglions poplités et inguinaux.

2° Le testicule droit est de la taille d'une orange, aplati latéralement en forme de galet, d'une dureté ligneuse, sans aucune sensibilité à la pression, même forte. L'épididyme, de forme irrégulière, est triplée de volume mais de consistance mollassée.

3° Ulcération superficielle de la région sus-acromiale droite s'étendant sur une longueur de 6 centimètres et une largeur de 3 centimètres ; à fond bourgeonnant, à bords épaissis, éversés, non décollés, à contour irrégulier ;

4° Etat général mauvais : amaigrissement de 24 kilos, teint livide. Impuissance génitale depuis deux ans. Pas de troubles des réflexes.

La lésion testiculaire paraît de nature syphilitique. L'ulcération sus-acromiale ne présente aucun caractère net mais paraît exclure la tuberculose. L'ostéoarthrite tibio-tarsienne revêt tous les caractères de la tumeur blanche.

R... nie tout accident syphilitique, il a un enfant âgé de dix ans, bien portant et bien constitué.

La radiographie est négative : les espaces articulaires tibio-tarsien et sous-astragalien sont conservés, les surfaces articulaires ont des contours nets ; on constate une légère irrégularité des contours osseux au niveau du col de l'astragale et de sa face interne avec une teinte plus sombre de l'os.

Avant d'envisager une amputation, qui serait nécessitée par l'âge du malade en cas de tumeur blanche, on pratique la réaction de W qui à la date du 22 mars 1917 est très fortement positive (oooo).

Première série de néosalvarsan :

22-4-17	29-4-17	6-5-17	13-5-17	20-5-17
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60
				T. 38°5
				diarrhée
				vomissements

24 mai 1917. — L'ulcération de l'épaule est complètement cicatrisée ; le testicule a diminué d'un bon tiers, il est sensible à la pression. Disparition des douleurs et diminution de l'empâtement au niveau du cou-de-pied. Il existe des mouvements actifs de la tibio-tarsienne et de la sous-astragaliennne.

L'état général est meilleur, le teint coloré, l'appétit a reparu.

15 juin 1917. — Excellent état général, augmentation de poids de 9 kilos, l'empâtement persiste au niveau de la tibio-tarsienne, le cou-de-pied est froid et indolore. Le malade se croit en état de marcher, l'immobilisation est continuée à cause de l'empâtement.

Du 15 juin 1917 au 15 août 1917. — 20 injections de 2 centigrammes de benzoate de mercure avec prises pendant trente jours de 2 grammes d'iodure de potassium. Le traitement mercuriel est assez mal supporté, R... fait à plusieurs reprises des accès de fièvre non expliqués avec troubles digestifs. Il a pris une occupation et bien que marchant en béquilles, l'œdème a reparu. Le pied reste cependant froid et indolore.

Deuxième série de néosalvarsan :

28-8-17	5-9-17	12-9-17	19-9-17
0,30	0,30	0,45	0,60
			T. 40°
			Troubles digestifs

12 septembre 1917. — L'œdème du pied a disparu. Depuis le 22 avril, R... a augmenté de 11 kilogs. Le testicule a fortement diminué, il n'est guère plus gros que le testicule gauche et présente une sensibilité normale à la pression. Les poils repoussent aux aines et aux aisselles.

La quatrième injection de la deuxième série a déterminé une élévation de température à 40 degrés, avec céphalée, vomissement, herpès buccal, troubles digestifs d'une durée de huit jours. Ces accidents font suspendre momentanément le traitement.

La lésion du cou-de-pied est très nettement améliorée. Malgré l'immobilisation, il existe des mouvements actifs de la tibio-tarsienne et de la sous-astragaliennne. Il persiste un empatement péri-malléolaire interne et externe.

OBSERVATION XXX

Fausse tumeur blanche du pied droit. — Après astragalectomie, fistule persistante. — Otorrhée bilatérale: W. +.
— Guérison: W. négatif.

S... Georgette, âgée de onze ans, est entrée à l'hôpital Vincent en 1912. Nous relevons sur sa fiche les renseignements suivants :

Rachitisme léger. Ostéite du premier cunéiforme droit.

27 juin 1912. — Tuméfaction de la partie moyenne du pied, abcès à la face interne.

29 octobre 1912. — Fistulisation. Les lésions ont envahi la tibio-tarsienne et des fistules se sont formées du côté interne de cette articulation.

27 février 1913. — Astragalectomie.

En 1916, l'enfant présente une fistule de la région sous-malléolaire interne au niveau de la cicatrice opératoire qui est sans modification depuis trois ans.

On note en outre du strabisme, une otorrhée ancienne bilatérale avec dureté prononcée de l'ouïe.

Avant de pratiquer une nouvelle intervention, on fait un W. à seule fin d'écarter la syphilis.

10 mars 1916. — W. très fortement positif (0000).

En avril, mai, juin, 8 injections de calomel.

Première série de néosalvarsan :

28-7-16	16-8-16	21-8-16	30-8-16	6-9-16
—	—	—	—	—
0,15	0,0	0,30	0,45	0,45

En septembre et octobre 1916, 6 injections de calomel.

20 octobre 1916. — W. sans changement (0000).

Deuxième série de néosalvarsan :

26-10-16	2-11-16	8-11-16	14-11-16	22-11-16	28-11-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,30	0,45	0,45.

7 décembre 1916. — La fistule du pied droit qui était restée sans modification depuis trois ans, est actuellement fermée.

L'écoulement d'oreilles s'est tari dès la fin de la première série de néosalvarsan.

L'enfant entend mieux, l'état général est très bon.

Le W. est négatif (1111).

OBSERVATION XXXI

Ostéo-arthrite suppurée du coude gauche. — Limitation simple des mouvements du genou gauche : W. positif. — En voie de guérison : W. positif.

D... Irène, âgée de douze ans, entre le 14 août 1917, à l'hôpital Vincent, avec le diagnostic de tumeur blanche du coude gauche.

Le début de l'affection remonte à six mois.

Toute la région du coude est fortement tuméfiée avec augmentation de la température locale. Les culs-de-sacs péri-olécraniens sont fortement distendus. La tuméfaction prédomine au niveau du tiers supérieur du cubitus qui apparaît triplé de volume. A ce niveau, la peau est rouge, tendue, et on perçoit une collection fluctuante. La pression de l'os est extrêmement douloureuse.

Le membre est immobilisé suivant un angle de 140°.

Il existe quelques douleurs spontanées. Tout essai de mobilisation arrache des cris à l'enfant.

A la palpation de l'aisselle engorgement ganglionnaire net.

L'examen complet révèle en outre une très légère limitation des mouvements du genou gauche qui sont un peu douloureux, l'aspect du genou est d'ailleurs normal.

L'ostéo-arthrite du coude fait penser à une tumeur blanche. le gonflement cubital qui se prolonge jusqu'à la partie moyenne de l'os et la limitation légère des mouvements du genou gauche incitent à pratiquer le W. qui à la date du 17 août 1917 est nettement positif (1/2 0 0 0).

Série de néosalvarsan:

23-8-17	30-8-17	5-9-17	13-9-17	20-9-17
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60
			$\theta = 39^{\circ}3$	Adrénaline
				$\theta = 37^{\circ}8$
Huile grise	Hg	Hg	Hg	Hg

25 août 1917. — Le lendemain de la première injection : vives douleurs qui empêchent le sommeil. La peau rouge menace fistule au niveau de l'abcès cubital. Il existe un décollement de toute la région postéro-externe du tiers supérieur de l'avant-bras. Ponction : 15 centimètres cubes de liquide séro-hématique, 2 centimètres cubes sont prélevés et inoculés au cobaye. Un plâtre fenêtré est appliqué pour calmer les phénomènes douloureux.

1^{er} septembre 1917. — Les douleurs ont totalement disparu dès le lendemain de l'immobilisation. Le coude reste chaud. L'abcès s'est reproduit après la ponction, la recherche de la fluctuation détermine à son niveau une sensation de chaînon.

8 septembre 1917. — L'abcès est complètement résorbé. La pression même forte de la tuméfaction cubitale est absolument insensible. Les mouvements du genou gauche ont recouvré une amplitude normale.

28 septembre 1917. — L'appareil plâtré est supprimé. L'articulation du coude est sèche et froide. La tuméfaction osseuse persiste au niveau de la moitié supérieure du cubitus, mais toute trace d'abcès ou d'empâtement superficiel a disparu. Les mouvements de flexion au sortir du plâtre atteignent l'angle droit, l'extension arrive à un angle de 160° .

Le W reste sans changement (1/2 0 0 0).

13 octobre 1917. — Prises pendant vingt jours de 2 centigrammes de biiodure et de 2 grammes d'iodure de potassium.

Les douleurs ont totalement disparu ; l'extension du coude est complète, sa flexion dépasse l'angle droit. Le gonflement cubital reste sans changement, les téguments sont secs à son niveau.

Le cobaye inoculé a été sacrifié le 19 octobre 1917, l'autopsie n'a révélé aucune lésion viscérale ou ganglionnaire.

OBSERVATION XXXII

Ostéo-arthrite ancienne des deux coudes dont un a été réséqué. — Arthralgies. — W. positif. — Guérison. — W. négatif.

G... Germaine, âgée de vingt-un ans, entre en octobre 1915 à l'hôpital Vincent.

C'est une jeune fille très amaigrie, anémiée, avec mauvais état général, et qui présente :

1° Ostéo-arthrite ancienne du coude droit datant de l'âge de quatre ans avec cicatrices opératoires de la région postérieure de l'article. Les mouvements de flexion sont libres ; l'extension ne dépasse pas 120 degrés.

2° Ostéo-arthrite du coude gauche, pour laquelle une résection a été faite en janvier 1915. Actuellement le coude est froid, ballant latéralement, les mouvements de flexion et d'extension sont très limités.

3° La malade se plaint depuis six mois de douleurs vagues dans la région dorso-lombaire et le membre inférieur droit, avec prédominance au pli de l'aîne. On a porté successive-

ment le diagnostic de coxalgie et de mal de Pott. La marche est douloureuse et se fait avec une légère boiterie.

L'examen ne montre aucun signe de coxalgie ni de mal de Pott : les mouvements de la hanche et de la colonne vertébrale ont une amplitude normale.

Eu l'absence de signes objectifs d'affection organique du squelette ou du système nerveux, aucun traitement n'est d'abord institué. Finalement obsédé par ses plaintes, nous appliquons un corset plâtré dans un but psycho-thérapique. La malade continuant à se plaindre à tout hasard, le 9 novembre 1916, on pratique un W qui est fortement positif (0 0 0 0).

Première série de néosalvarsan (Injections faites dans les jugulaires).

22-11-16	4-12-16	14-12-16	27-12-16	3-1-17	10-1-17	19-1-17	26-1-17
0,15	0,15	0,30	0,30	0,45	0,60	0,60	0,75

30 janvier 1917. — Les douleurs qui existaient depuis un an et demi ont disparu au milieu de la série de Néosalvarsan. L'appétit a reparu. Le teint est coloré. C... a passé de 47 à 52 kilos.

En février. 4 injections de calomel.

12 avril 1917, — W sans changement (0 0 0 0).

Deuxième série de néosalvarsan :

25-4-17	30-4-17	8-5-17	15-5-17	22-5-17
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60
Huile grise	Hg	Hg	Hg	Hg

21 juin 1917. — Les douleurs ont totalement disparu. Le poids est de 56 kilogs.

W. négatif (1 1 1 1).

Mozer

OBSERVATION XXXIII

Ostéite du maxillaire inférieur. — Gomme du sterno-cléido-mastoïdien. — Diminution de l'acuité auditive. — Lésion caractéristique de la dent de six ans. — W. positif. — Guérison. — W. positif.

D... Germaine, âgée de quatorze ans, entre à l'Hôpital maritime le 29 mars 1916 pour ostéite bacillaire fistulisée du maxillaire inférieur et adénite chronique.

A l'arrivée on note :

1° Cicatrice opératoire ancienne fistuleuse et déprimée, adhérente à la branche horizontale du maxillaire inférieur droit avec fistule buccale. A la palpation, l'os est fortement épaissi.

2° Masse du volume d'un œuf de poule, allongée en hauteur, d'une dureté ligneuse, faisant corps avec le sterno-cléido-mastoïdien à gauche et s'immobilisant, dans la contraction du muscle : il s'agit d'une gomme du sterno-cléido-mastoïdien ;

3° Diminution de l'acuité auditive des deux côtés ;

4° Malformations dentaires : les incisives médianes supérieures et inférieures sont errodées à leur bord libre mais sans caractère net. Aspect caractéristique avec sillon du plateau de la première grosse molaire ;

5° L'enfant raconte qu'elle a souffert des yeux ; actuellement on ne trouve aucune trace de lésions oculaires.

L'examen clinique impose le diagnostic de syphilis que confirme le W. fortement positif le 4 mai 1916 (1/2 0 0 0),

Du 21 mai au 22 juin, 5 injections de calomel :

Première série de néosalvarsan :

15-6-16	22-6-16	29-6-16	6-7-16	13-7-16	20-7-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60

1^{er} août 1916. — La gomme du sterno-cléido-mastoïdien a notablement diminué, elle n'a plus que le volume d'une noix.

W. sans changement (1/2 0 0 0).

Deuxième série de néosalvarsan :

9-8-16	16-8-16	23-8-16	29-8-16	6-9-16
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60

A la fin de la deuxième série, l'état général est excellent, l'enfant a augmenté de 4 kilogs.

La gomme du sterno-cléido-mastoïdien a considérablement diminué, elle est réduite à un simple cordon du volume du petit doigt.

La fistule buccale du maxillaire inférieur est fermée.

Troisième série de néosalvarsan :

30-9-16	9-10-16	17-10-16	24-10-16	1-11-16	9-11-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60	0,60

Au milieu de la troisième série, la fistule externe du maxillaire inférieur se ferme.

En novembre et décembre 1916, 5 injections d'huile grise.

En janvier 1917, 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Fin janvier 1917 les lésions sont complètement cicatrisées,

la gomme du sterno-cléido-mastoïdien n'est plus perceptible.

Augmentation de poids de 7 kilogrammes.

W. sans changement (1/2 0 0 0).

OBSERVATION XXXIV

Adénopathies cervicales. — Hypérostose du péroné droit. — W. positif. — Guérison. — W. positif.

C... Denise, âgée de douze ans, est envoyée à l'Hôpital maritime en janvier 1916 avec le diagnostic d'adénite sous-maxillaire droite tuberculeuse et mauvais état général.

L'enfant présente :

1° Adénopathie sous-maxillaire droite et rétro-angulaire constituant une masse dure, du volume du poing ;

2° Adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, du volume d'une noix ;

3° Ganglions sus-claviculaires gauches, durs, mobiles, sans périadénite ;

4° Ganglion pré-laryngien ;

5° Epaississement du tiers moyen du péroné droit.

L'examen radiographique de la jambe droite montre un fuseau d'hypérstose diaphysaire de la moitié supérieure du péroné.

L'aspect caractéristique du fuseau diaphysaire du péroné droit impose le diagnostic de syphilis et on commence une série d'injections de calomel.

Le W. pratiqué le 4 mai 1916 est très fortement positif (0 0 0 0).

Du 21 février 1916 au 1^{er} août 1916, 20 injections d'huile au calomel.

Entre temps, un essai de ramollissement des ganglions sous-maxillaires droits par injections de thymol ne donne aucun résultat.

Sous l'influence du traitement, les masses ganglionnaires diminuent lentement.

Première série de néosalvarsan :

16-8-16	23-8-16	29-8-16	6-9-16	14-9-16
0,15	0,30	0,45	0,45	0,45
		$\theta = 40^{\circ}$	Adrénaline	Adrénaline
		Mydriase	$\theta = 38^{\circ}3$	$\theta = 38^{\circ}8$
		Céphalée		

Le 30 septembre 1916, l'état général est excellent, l'enfant a augmenté de 3 kilogrammes. Les masses ganglionnaires ont fortement diminué, la masse sous-maxillaire droite est réduite au volume d'une noix.

Deuxième série de néosalvarsan :

30-9-16	9-10-16	17-10-16	24-10-16	1-11-16
0,15	0,30	0,45	0,60	0,45
			$\theta = 40^{\circ}$	
			Mydriase	
			Vomissements	

L'injection du 24 octobre 1916 a été mal supportée, suivie de fièvre à 40 degrés avec mydriase et vomissements, le lendemain herpès labial. A la suite de l'injection suivante, apparition d'une éruption aux mains et aux pieds sous forme de petites papules ; par la suite desquamation fine au niveau de l'éruption ;

Le 8 novembre 1916, W. sans changement (o o o o).

Du 9 novembre 1916 au 30 juin 1917, 6 injections de 5 centigrammes d'huile grise et 40 injections de biioduré.

Une radiographie pratiquée le 27 novembre 1916 montre la résorption du fuseau du péroné.

Dans une nouvelle radio pratiquée le 9 juillet 1917, avant l'exéat, il ne persiste plus qu'une légère bande d'hypérostose externe, le long de la face interne du péroné et une petite bande d'hypérostose interne rétrécissant en dehors le canal médullaire.

L'état général est excellent, l'augmentation de poids a été de 6 kilos.

Les masses ganglionnaires ont complètement fondu, il persiste de la micropolyadénopathie cervicale et un petit cordon de la grosseur du petit doigt dans la région sous-maxillaire droite.

W. sans changement (o o o o).

OBSERVATION XXXV

**Adénites cervicales fistulisées datant de quinze ans
W positif. — Guérison W ?**

D... Germaine, âgée de vingt-trois ans, est vue en janvier 1916. Le début des accidents remonte à l'âge de cinq ans. A cet âge, apparition d'un abcès du bord interne du pied droit région du premier métatarsien, on ne retrouve actuellement aucune trace de la lésion.

Quelques mois après, apparition d'adénites bilatérales carotidiennes et cervicales. Les adénites suppurent, fistu-

lisent, et cet état dure depuis quinze ans avec des alternatives d'amélioration passagère et d'aggravation.

D... vient à Berck à l'âge de treize ans. Le traitement par la méthode des ponctions ne donne aucun résultat et n'empêche pas la fistulisation. Plusieurs interventions sont pratiquées, suivies d'une nouvelle poussée.

13 janvier 1916. — Quinze ans après le début des accidents, et sur la demande de M. Ménard, nous pratiquons le W qui est fortement positif ($1/2$ o σ o).

A cette époque, on constate : des cicatrices entourant en fer à cheval le maxillaire inférieur, cicatrices larges, rouges, saillantes, d'aspect chéloïdien. Il existe, en outre, plusieurs masses ganglionnaires, dures avec périadénite, adhérentes à la peau, au niveau de l'angle des deux mâchoires des deux côtés, du volume d'un œuf de poule et une masse ganglionnaire sous-mentale adhérente aux plans cutanés de la grosseur d'un œuf de pigeon.

L'état général est mauvais : amaigrissement, perte d'appétit.

Série de néosalvarzan :

16-1-16	23-1-16	30-1-16	6-2-16	13-2-16	20-2-16	27-2-16
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60

Dès la cinquième injection, l'état général s'améliore, l'appétit reparait, la malade engraisse ; les masses ganglionnaires rétro-angulaires gauches et sous-mentales fondent sensiblement, la masse rétro-angulaire droite se ramollit, on fait deux ponctions qui donnent issue à un pus épais.

15 mars 1917. — Bon état général, toutes les masses ganglionnaires ont très fortement diminué, le pus ne s'est plus reproduit à droite après la deuxième ponction.

Fin mai 1916. — Après 6 injections de calomel, les masses ganglionnaires sont très réduites : la sous-mentale est à peine perceptible, les masses rétro-angulaires ont diminué des $3/4$. Le traitement mercuriel est continué.

16 août 1917. — Il a été fait trois séries de 6 injections de calomel.

Toutes les masses ganglionnaires ont disparu, on n'en retrouve aucune trace. Les cicatrices sont lisses, rouges, mobiles, sans induration.

L'état général est excellent, D... a augmenté de 8 kilogrammes. Elle exerce depuis 8 mois un métier très fatigant.

OBSERVATION XXXVI

(Communiquée par M. le Dr Ménard au 25^e congrès de l'Association Française de chirurgie 1912.)

Syphilome du cou sous la forme d'un abcès froid. — Ulcération pharyngée et palatine. — Guérison par le traitement spécifique.

« Une fillette de treize ans, bien constituée, d'apparence robuste, arrive à Berck en août 1910 et se présente à moi pour un abcès du côté droit du cou. Cette collection, du volume d'une amande verte à marche froide, non douloureuse, est située vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien à la hauteur du larynx. Elle est nettement fluctuante ; à sa surface, la peau n'est ni rouge, ni amincie, mais elle manque de souplesse par suite de l'infiltration du pannicule graisseux. La région est légèrement tuméfiée, comme il arrive par l'effet d'un certain degré de périadénite. Au milieu de ce gonflement, on distingue mal quelques ganglions, peu

volumineux. Seule la collection me paraît sujet d'inquiétude. C'est pour l'engorgement du cou que je suis consulté.

La marche froide de l'affection, que l'on ne peut rattacher, ni à une lésion dentaire, ni à une altération du pharynx (dents et amygdales sont indemnes) nous fait penser qu'il s'agit d'un abcès froid, d'une adénite tuberculeuse, chez une enfant dont la santé générale semble d'ailleurs satisfaisante.

L'abcès est traité par la méthode des ponctions.

Dès la première petite intervention, le trocart donne issue à quelques grammes d'un liquide blanchâtre assez épais, coulant difficilement, exempt d'odeur.

Quatre autres ponctions à intervalles de quinze à vingt-cinq jours, donnent un liquide plus fluide, toujours opaque, puriforme. La collection, qui se vide bien, diminue à peine de volume. La jeune fille reste à Berck pour y passer l'hiver.

A une visite de la fin de décembre, il est décidé qu'elle ira passer les fêtes du jour de l'an dans sa famille aux environs de Paris. Ce jour-là, elle se plaint d'un mal de gorge. On voit sur la face postérieure du pharynx une tache blanche unique, allongée de haut en bas, sur le côté droit : peu de douleur, pas de fièvre. Malgré l'inquiétude qui m'est inspirée par cette angine, l'enfant quitte Berck pour près de vingt jours.

Au retour à Berck, la lésion du pharynx s'est aggravée. L'ulcération s'est étendue vers le haut ; elle a gagné le voile du palais qui est déjà partiellement détruit à droite, percé d'un trou large de 2 millimètres.

Cette angine froide ne peut inspirer que deux hypothèses :

tuberculose pharyngée, improbable à cause de la forme destructive, perforante de l'ulcération, ou syphilis, celle-ci au contraire, à peu près certaine ; tout renseignement nous fait défaut sur les antécédents, les circonstances rendent toute investigation difficile dans cette direction.

Le traitement mercuriel, injections de calomel environ 1 centigramme par jour, 5 centigrammes tous les 5 ou 6 jours, est commencé de suite.

Dès la troisième injection, l'aspect de l'ulcération est meilleur ; la surface, de blanche qu'elle était, devient rose granuleuse.

Au bout de six semaines, la réparation est complète : ce qui confirme l'idée de syphilis. En même temps l'abcès du cou qui avait résisté aux ponctions durant quatre mois s'est résorbé presque entièrement.

Dans les quatre mois qui suivent, le traitement mercuriel est alternativement rompu, puis repris.

En dépit des séries d'injections, la cicatrisation du voile du palais n'est pas parfaite au mois d'août 1911, si bien que le traitement par le salvarsan est proposé, accepté, et de suite appliqué : trois injections de 30, 40, 50 centigrammes à six jours d'intervalle. Ces injections occasionnent chaque fois des vomissements, de la diarrhée, un malaise grave, pendant quelques heures.

La cicatrisation semble se confirmer, se compléter.

Mais de nouveau, à la fin de 1911, une petite ulcération reparaît sur la perforation du voile du palais et le traitement mercuriel est repris avec succès. Depuis janvier 1912, nous avons refait quatre séries de six injections de 5 centigrammes de calomel. La guérison paraît confirmée. Le palais est

cicatrisé, mais il en résulte une occlusion naso-pharyngée. Toute communication serait fermée entre le pharynx et les fosses nasales, n'était la perforation du voile large de 3 à 4 millimètres. Cette ouverture pathologique permet à la malade de se moucher et même de respirer par le nez.

Il n'a plus été question de l'abcès du cou ; l'engorgement qui l'entourait a lui-même disparu entièrement, je ne sens plus de ganglions tuméfiés dans la région.

Le traitement mercuriel a guéri, en même temps, la lésion pharyngée d'aspect caractéristique, rapportée à la syphilis et la collection du cou que j'avais cru d'abord de nature tuberculeuse. La réaction de W. n'a pas été cherchée. »

Nous avons pu pratiquer le W. chez la malade en 1916, c'est-à-dire six ans après l'apparition des premiers accidents, et après un traitement subcontinu par les sels mercuriels : le W. était positif (1 1/2 00).

OBSERVATION XXXVII

Adénite cervicale fistulisée. — W. positif. —

Guérison : W. positif.

R... François, âgé de treize ans, entre le 24 juin 1917 à l'hôpital Bouville, avec le diagnostic de tuberculose ganglionnaire. L'enfant présente dans la région angulo-maxillaire gauche une ulcération des dimensions d'une pièce de 5 francs, à bords croûteux, se continuant insensiblement avec les tissus sains et au centre de laquelle fait hernie un ganglion dur du volume d'un œuf de pigeon.

Il n'existe aucun stigmate de syphilis, on note simplement

des lésions dentaires banales au niveau des incisives médianes supérieures qui présentent des striations transversales et des ponctuations.

Le W. pratiqué sans aucune donnée clinique est très fortement positif.

10 août 1917 (0 0 0 0).

Série de néosalvarsan :

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60

28 septembre 1917. — Au cours du traitement, l'ulcération s'est peu à peu réparée ; il existe actuellement une cicatrice étoilée, rouge et surélevée au-dessous de laquelle on ne perçoit plus la masse sanglionnaire.

L'enfant a augmenté de 5 kilogrammes.

Le W. reste sans modification (0 0 0 0).

OBSERVATION XXXVIII

Adénites sous-maxillaires. — Otorrhée bilatérale.

W. positif. — En voie de guérison : W. positif.

F... Jean, âgé de sept ans, entre en septembre 1916 à l'hôpital Bouville, il présente :

1° Une otorrhée bilatérale ;

2° Une adénopathie sous-maxillaire bilatérale constituée des deux côtés de la ligne médiane sous la branche montante du maxillaire inférieur par deux ganglions durs, mobiles, sans péri-adénite, allongés dans le sens transversal, l'interne

présentant 3 centimètres de long sur 2 de large, l'externe de la grosseur d'une noisette.

Rien ne fait ici penser à la syphilis. Le W. pratiqué le 30 novembre 1916 dans un but statistique est très fortement positif (0 0 0 0).

L'enfant reçoit en décembre et janvier six injections de calomel à la suite desquelles l'écoulement d'oreilles est complètement tari. Il se produit par la suite une stomatite qui empêche la continuation du traitement.

12 août 1917. — L'adénopathie sous-maxillaire persiste sans changement.

Série de néosalvarsan :

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17	25-9-17
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,60

28 septembre 1917. — L'enfant a augmenté de 3 kilogrammes depuis le début du traitement par le néosalvarsan. Les masses ganglionnaires sont très réduites : l'externe est grosse comme un pois, l'interne a le volume d'une noisette.

Le W. reste positif (1 1/2 0 0).

OBSERVATION XXXIX

Otorrhée gauche. — Adénites cervicales. — Néphélions cornéens. — W. positif. Guérison. — W. négatif.

H... Madeleine, âgée de sept ans, entre le 20 juillet 1915, à l'hôpital Vincent. L'enfant présente :

1° Une otorrhée gauche ancienne ;

2° Des adénites cervicales bilatérales formant une double chaîne ganglionnaire carotidienne constituée par des ganglions durs, mobiles, sans périadénite, du volume variant d'un pois à une noix;

3° Traces de kératite ancienne bilatérale avec strabisme interne gauche.

Le W. pratiqué le 7 mars 1916 est très fortement positif (0000).

En mars, avril et mai. dix injections de calomel.

Série de néosalvarsan :

30-6-16	5-7-16	27-7-16	4-8-16	16-8-16	23-8-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,45

En septembre et octobre, six injections de calomel.

7 décembre 1916. — Bon état général. L'écoulement d'oreille est tari. Il n'y a plus trace d'adénite.

W. négatif (IIII).

OBSERVATION XL

Adénites cervicales considérées tuberculeuses. — Survenue d'une kératite grave qui commande le traitement. — Après guérison, W. positif.

E... Germaine, âgée de quatorze ans, entre en mars 1913 à l'Hôpital maritime pour adénites tuberculeuses. Elle présente à l'arrivée :

Une volumineuse adénopathie multiganglionnaire non suppurée des régions sous-maxillaires et une adénite suppurée de la région pré-auriculaire droite.

Rien dans le tableau clinique ne jette une lueur en faveur de la syphilis : les adénites se présentent avec le caractère habituel des adénites tuberculeuses chroniques ; il n'y a aucun stigmatte dentaire oculaire ou auditif.

Au cours de 1913, la masse sous-maxillaire droite se ramollit et plusieurs ponctions sont pratiquées.

En février et mars 1914, la survenue d'une complication oculaire : kérato-iritis double fait instituer le traitement spécifique.

En août 1916, après 138 injections de biiodure, les adénopathies ont totalement disparu. Il persiste un léger nuage au niveau des deux cornées.

Le W. fait à cette époque est très fortement positif (0000)

OBSERVATION XLI

Adénites cervicales. — Lésions dentaires caractéristiques.
— Hyperostoses humérales et cubitales. W. positif.
Guérison. — W. négatif.

G... Suzanne, âgée de quatorze ans, entre en août 1916 à l'Hôpital maritime, avec le diagnostic d'adénite carotidienne et sous-maxillaire tuberculeuse. L'enfant présente à l'arrivée :

Une adénite sous-maxillaire droite, dure, mobile, sans périadénite du volume d'un œuf de poule (8 cms sur 6 cms.)

Dans la région rétro-angulaire et des deux côtés, on perçoit une masse du volume d'un gros marron dans laquelle on arrive à isoler par la palpation deux ganglions accolés et réunis par la périadénite.

Petitès adénopathies disséminées dans les régions carotidiennes moyenne et inférieure.

L'examen de la dentition fournit des renseignements probants et permet d'affirmer la syphilis :

1° Les incisives médianes supérieures sont divergentes, et présentent la forme classique en tournevis. Sur l'incisive médiane gauche : une petite érosion en coup d'angle de coloration jaunâtre qui tranche sur la coloration brillante du reste de la dent, haute de 2 millimètres et large de 3 millimètres ; cette érosion n'atteint pas le bord libre de la dent dont elle reste séparée par un pont de substance saine de 1 millimètre de hauteur.

2° Les incisives médianes inférieures sont étroites, allongées, en tournevis, leur bord tranchant est fortement taillé en biseau aux dépens de la table antérieure.

3° La première grosse molaire inférieure droite présente des lésions caractéristiques : le corps de la dent est bien constitué, de coloration normale, il est dans l'ensemble conique. Son plateau présente un sillon circulaire qui enchâsse une zone centrale d'où émergent les quatre cuspides, les deux antérieurs et le postéro-externe petits, grenus, mais complètement revêtus d'émail, le postéro-interne érodé, et en voie de disparition. La dent de six ans supérieure gauche montre le même sillon circulaire, mais les cuspides ont disparu et le centre est carié. Les deux autres dents de six ans manquent.

L'enfant est belle, bien conformée, elle pèse 37 kilogs. Elle dit que, petite, elle a été soignée pour les yeux, actuellement on ne trouve aucune trace de lésions oculaires.

La recherche systématique de lésions du squelette révèle

une limitation légère des mouvements d'extension des coudes, qui sont en *varus* avec renflement marqué de l'extrémité inférieure des humérus. La radiographie des coudes confirme les renseignements cliniques, elle montre une hyperostose très marquée du tiers inférieur de l'humérus et un renflement léger du tiers supérieur du cubitus.

22 août 1916. — W. très fortement positif (0 0 0 0).

Première série de néosalvarsan :

27-8-16	3-9-16	10-9-16	16-9-16	23-9-16
—	—	—	—	—
0,15	0,15	0,30	0,30	0,45

Le 3 octobre 1916. — Les adénites ont notablement diminué, la sous-maxillaire droite ne mesure plus que 5 centimètres de haut sur 3 de large. W. sans changement (0 0 0 0).

Deuxième série de néosalvarsan :

24-10-16	1-11-16	9-11-16	5-11-16	22-11-16	30-11-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,60

5 décembre 1916. — Les adénites ont fortement diminué, elles sont maintenant à peine visibles.

W. sans changement (0 0 0 0).

En décembre et janvier, six injections d'huile grise et prises de 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Troisième série de néosalvarsan :

21-3-17	28-3-17	5-4-17	12-4-17	19-4-17
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,60	0,60

2 mai 1917. — Résorption complète des adénites. il ne persiste plus qu'un petit cordon dur de la grosseur d'une plume d'oie dans la région sous-maxillaire droite.

L'érosion de l'incisive médiane supérieure gauche est maintenant terminale.

L'enfant est passée de 37 à 45 kilogrammes.

3 août 1917. — W. faiblement positif (II 1/2 0).

En août et septembre, ingestion pendant quarante jours de 2 centigrammes de biiodure.

6 octobre 1917. — W. négatif (IIII).

Les sujets des 5 observations suivantes ne présentent ni affection ganglionnaire, ni affection ostéo-articulaire. Ces observations serviront à la discussion des stigmates de l'hérédosyphilis.

OBSERVATION XLII

Triade d'Hutchinson. — W. positif.

F... Yvonne, âgée de dix-huit ans, entre en avril 1917, à l'hôpital Vincent.

Le diagnostic d'hérédosyphilis s'impose à première vue. On constate en effet la triade caractéristique d'Hutchinson :

1° Leucome des deux yeux prédominant à droite avec diminution considérable de l'acuité visuelle (F... ne peut marcher sans guide).

2° Ecoulement d'oreilles dans l'enfance ayant laissé à sa suite une surdité très marquée.

3° Stigmates dentaires portant sur les incisives médianes supérieures et inférieures et sur la dent de six ans.

a) Les incisives médianes supérieures montrent l'échancrure semi-lunaire du bord libre en voie de disparition,

la droite présente un certain degré de tournevis que l'on remarque mieux quand la moitié supérieure est masquée par la lèvre, le rétrécissement ne commençant que près du bord libre. Toutes deux sont obliques, divergentes et légèrement tordues sur leur axe de dehors en dedans.

b) Les incisives médianes inférieures sont étroites, allongées, en tournevis, avec une échancrure semi-lunaire du bord libre de la dent gauche et une obliquité divergente.

c) La dent de six ans inférieure gauche présente l'atrophie cuspidienne avec la sertissure circulaire caractéristique. A ces signes pathognominiques, on peut ajouter: un prognathisme marqué de la mâchoire inférieure et une hypertrichose en triangle de la région sacrée.

La jeune fille est grande, forte, bien développée.

Le W. pratiqué le 10 avril 1917 est fortement positif (1/2000).

Série de néosalvarsan :

10-4-17	17-4-17	24-4-17	30-4-17	8-5-17	15-5-17	22-5-17
0,15	0,30	0,45	0,45	0,60	0,60	0,60

Le W., pratiqué en fin de série, reste sans changement (1000)

En juin et juillet, 6 injections d'huile grise.

En août et septembre, prises de 2 centigrammes de biiodure et 2 grammes d'iodure de potassium pendant trente jours.

5 octobre 1917. — Bon état général. Diminution notable de la surdité, grosse amélioration de la vue. F... lit très facilement le journal et peut se livrer à des travaux de culture; les cornées s'éclaircissent.

W. 11/200.

OBSERVATION XLIII

Triade d'Hutchinson. — W. positif.

D... Amédée, âgé de treize ans, entre le 5 novembre 1915 à l'hôpital Bouville. L'enfant est chétif, mal développé, il a la taille d'un enfant de huit ans, son poids est de 16 kilos, son crâne est volumineux présentant un contraste frappant avec la figure qui est minable, chiffonnée:

Il présente une otorrhée gauche très fétide. Des lésions dentaires et oculaires complètent la triade caractéristique: les stigmates dentaires portent sur les incisives médianes supérieures et les dents de six ans. Les incisives médianes supérieures ont l'aspect en tournevis. La dent de six ans présente en plein plateau un sillon circulaire qui sertit les 4 cuspides.

Les deux pupilles sont inégales, irrégulières, et réagissent mal aux différentes excitations.

Il existe, en outre, des cicatrices profondes du pli commissural des lèvres.

Le W. pratiqué le 24 mars 1916 est très fortement positif. (0000).

D'avril 1916 à juin 1917, 20 injections de calomel.

Le 2 juin 1917, il n'y a aucune amélioration de l'otorrhée. Le poids est de 15 kgs 400.

W. sans changement (0000).

Première série de néosalvarsan:

5-6-17	12-6-17	19-6-17	26-6-17
0,15	0,30	0,30	0,30

Deuxième série de néosalvarsan :

<u>21-8-17</u>	<u>28-8-17</u>	<u>4-9-17</u>	<u>11-9-17</u>	<u>18-9-17</u>
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45

4 octobre 1917. — Le seul changement consiste dans une augmentation du poids qui est passé de 15 kgs 400 à 19 kilogs.

L'otorrhée persiste sans modification.

Le W. est négatif (IIII).

OBSERVATION XLIV

Perforation de la cloison nasale. — Lésions oculaires et auditives. — Altération caractéristique de la dent de six ans. — W. positif. — Guérison. — W. négatif.

D... Mireille, âgée de onze ans, entre le 6 février 1917, à l'hôpital Vincent.

L'enfant présente un écoulement nasal purulent, abondant, et d'odeur extrêmement fétide. Il existe :

1° Une large perforation de la cloison qui s'étend très en arrière et en haut et respecte en avant la sous-cloison, le relief des os du nez est respecté. Le nez est de ce fait épaté, à narines largement fendues, donnant au faciès l'aspect léonin.

2° Traces de kératite interstitielle bilatérale sous forme d'albugo à droite, de néphélions à gauche ;

3° Surdité marquée ;

4° Les dents antérieures sont implantées irrégulièrement, mais ne présentent aucune lésion caractéristique. Il existe deux incisives latérales supérieures supplémentaires, l'incisive médiane droite supérieure est double, l'antérieure très

longue présente une direction oblique en bas et en dedans en même temps qu'une torsion en dehors. Le bord libre des dents est crénelé, mais il n'y a ni tournevis ni échancrure semi-lunaire du bord libre, les dents de six ans par contre présentent le sillon circulaire en plein plateau enchâssant les 4 cuspides.

La voûte palatine est ogivale, les crêtes palatines antérieures sont extraordinairement développées.

Cet ensemble symptomatique impose le diagnostic de syphilis que confirme le W. qui à la date du 9 février 1917 est très fortement positif (0 0 0 0).

Première série de néosalvarsan :

1-3-17	7-3-17	20-3-17
—	—	—
0,15	0,30	0,30

L'enfant présente des troubles digestifs qui font suspendre le traitement.

Deuxième série de néosalvarsan :

22-5-17	13-6-17	20-6-17	26-6-17	2-7-17	17-7-17	19-7-17
—	—	—	—	—	—	—
0,15	0,15	0,30	0,45	0,45	0,45	0,45
Hg.	Hg.	Hg.	Hg.	Hg.	Hg.	Hg.

28 juillet 1917. — L'enfante présente un très bon état général.

L'ulcération de la cloison est limitée par des bords cicatriciels, l'écoulement purulent a tari dès la quatrième injection de néosalvarsan, la surdité n'est pas modifiée.

Augmentation de poids de 5 kilogrammes.

W. négatif (1 1 1 1).

OBSERVATION XLV

Large perforation du palais osseux et de la cloison nasale.
— W. négatif. — Traitement mercuriel sans action. —
Cicatrisation par le néosalvarsan.

L.: Yves, âgé de neuf ans, entre à l'hôpital Bouville le 25 février 1914 pour une ostéite de la cloison nasale et de la voûte palatine.

A la date du 12 août 1917. — Après un traitement mercuriel d'une durée de deux ans il existe une perforation osseuse de la cloison nasale portant sur le vomer, et respectant complètement la cloison cartilagineuse. A l'ouverture de la bouche, on voit au niveau de la voûte palatine osseuse une large ulcération ovalaire, qui s'étend sur 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur et sur 1 cm. 1/2 dans le sens transversal ; la moitié postérieure présente une perte de substance complète, limitée par un bord nettement arrondi, qui laisse voir les fosses nasales séparées par une crête médiane qui paraît être le bord inférieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Dans toute la moitié antérieure, la muqueuse est détruite et laisse à découvert l'os grisâtre, complètement adhérent. L'incisive médiane supérieure gauche est fortement ébranlée, la droite a disparu et, à son niveau, la muqueuse ogivale détruite laisse à nu le rebord alvéolaire. Les lésions laissent écouler un liquide sanieux et d'odeur très fétide.

Le W. est négatif (1111).

Série de néosalvarsan :

21-8-17	28-8-17	4-9-17	11-9-17	18-9-17
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45

27 septembre 1917. — Disparition de l'ozène. A l'ouverture de la bouche il ne persiste que la perte de substance osseuse, l'os est complètement recouvert par la muqueuse.

Le W. reste négatif (IIII).

OBSERVATION XLVI

Effondrement basal du nez. — Destruction de la cloison et de la sous-cloison. — Ulcération pharyngée. — Lésions oculaires et auditives. — W. positif.

L... Marie-Madeleine, âgée de dix ans, entre en octobre 1915 à l'hôpital Vincent.

A l'arrivée on note :

- 1^o Bec-de-lièvre simple situé à gauche;
- 2^o Cicatrices d'adénites fistuleuses des régions parotidienne, pétragienne et sous-maxillaires. Les cicatrices sont lisses, unies, sans bourrelets cutanés, elles se continuent insensiblement avec les tissus sains ;
- 3^o Cicatrice déprimée adhérente au plan osseux de la racine du nez et en rapport avec une ostéite ancienne des os du nez dont le squelette est effondré.

Le bord libre de la cloison est détruit, déterminant une perte de substance, limitée par un bord cicatriciel nettement arrondi à concavité inférieure ;

4^o Ulcération pharyngée intéressant la moitié droite de la luette et le bord libre du pilier droit;

5° Lésions oculaires anciennes ayant laissé à gauche une légère opacité. Dans le champ pupillaire, profondément situées, on constate à gauche deux petites taches blanches, à droite, une petite tache, qui apparaissent sous forme de perles d'un demi millimètre à un millimètre de diamètre d'un blanc opalin;

6° Surdité marquée.

Le tableau clinique apparaît dans son ensemble comme manifestement syphilitique.

10 mars 1916. — Après dix injections de calomel, le W. est très fortement positif (0000). L'ulcération pharyngée est cicatrisée.

Première série de néosalvarsan :

20-4-16	27-4-16	3-5-16	9-5-16	16-5-16	24-5-16
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,45	0,45	0,45

28 juillet 1916. — Le W. reste fortement positif (1/2 000).

Deuxième série de néosalvarsan :

21-8-16	30-8-16	6-9-16	15-9-16	20-9-16
—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,45	0,45	0,45

En septembre et octobre 1916, huit injections de calomel.

Troisième série de néosalvarsan :

14-11-16	22-11-16	28-11-16	5-12-16	14-12-16	3-1-17
—	—	—	—	—	—
0,15	0,30	0,30	0,30	0,45	0,45

18 janvier 1917. — W. sans changement (1/2 000).

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

En reprenant les observations pour en tirer une vue d'ensemble sur telle localisation syphilitique, on compte :

Onze cas d'adénite ;

Trente-huit d'ostéite ;

Vingt-neuf lésions articulaires, parmi lesquelles 15 genoux, 5 cous de pied, 3 hanches, 3 coudes, 2 poignets, 1 épaule.

Nous allons chercher à déduire un tableau clinique sinon pathognomonique, tout au moins en faveur de la syphilis et rechercher si, pour chaque localisation, il existe des signes vraiment caractéristiques de la syphilis. Autrement dit, parmi les diverses localisations rencontrées, y en a-t-il une qui, par ses caractères objectifs, impose vraiment le diagnostic de la syphilis au même titre que la réaction de W. ?

Nous envisagerons successivement les lésions articulaires et ostéo-articulaires, les lésions osseuses, les adénopathies. Nous étudierons ensuite la valeur des différents stigmates que nous avons pu rencontrer.

ARTHRITES SYPHILITIQUES

Les arthrites syphilitiques que nous avons observées peuvent être rangées schématiquement dans les deux grands groupes suivants :

1° Celles où cliniquement et radiographiquement, on ne décèle aucune lésion osseuse juxta-articulaire et où l'arthrite est le seul symptôme ;

2° Celles où l'on trouve une lésion osseuse juxta-articulaire : les ostéo-arthrites.

Au premier groupe appartiennent :

L'arthralgie ;

L'hydarthrose simple ;

Et une forme synoviale, de diagnostic singulièrement difficile avec la tumeur blanche, que nous avons rencontrée sept fois.

1° *Arthralgie*. — Nous avons observé l'arthralgie trois fois :

Dans les observations XXI et XXVII, il existe des douleurs au niveau du poignet droit, douleurs spontanées, non provoquées par les mouvements qui sont d'amplitude normale.

Dans l'observation XXXII, des douleurs dans la

région de la hanche et de la colonne dorso-lombaire, ont fait porter successivement le diagnostic de mal de Pott et de coxalgie. L'examen de la colonne vertébrale et de la hanche est négatif. Il y a eu antérieurement une ostéo-arthrite suppurée des deux coudes : l'un a été réséqué, l'autre est ankylosé. Rien ne fait penser ici à la syphilis. Le W. fait dans un but statistique fournir à lui seul le diagnostic étiologique.

Dans ces trois cas, les douleurs cèdent rapidement au traitement.

2° *Hydarthrose simple.* — L'hydarthrose simple se rencontre dans les observations XVII, où le genou droit est atteint d'hydarthrose, le gauche d'hydarthrose avec hypérostose ; XVIII, où les deux genoux sont atteints d'hydarthrose ; XX, où il y a hydarthrose simple du genou gauche, et une fausse tumeur blanche du genou droit ; XIX, où il y a hydarthrose du genou gauche.

Dans tous ces cas, les culs-de-sac sont distendus par une tuméfaction fluctuante. On détermine facilement du choc rotulien. Les phénomènes fonctionnels sont peu marqués : la marche reste possible, peu douloureuse, tout au moins pendant longtemps. L'hydarthrose est rebelle, capricieuse jusqu'au moment où le traitement spécifique est appliqué. Les mouvements sont peu ou pas limités. Ils reviennent rapidement à la normale, contrairement à ce qui se passe dans la forme avec hypérostose où les mouvements restent limités même après un traitement pro-

longé. Le tableau clinique en impose facilement, surtout chez l'enfant, pour l'hydarthrose tuberculeuse ; mais dans cette dernière, il existe en général un engorgement ganglionnaire qui manque dans l'hydarthrose syphilitique. Les renseignements radiographiques sont bien différents : dans la tuberculose, après un certain temps d'évolution, la radiographie dénote une modification importante de hauteur et de largeur des épiphyses, avec rétrécissement de l'espace articulaire. Toutes les radiographies que nous avons des hydarthroses syphilitiques simples montrent des épiphyses absolument normales, sans modification de l'espace articulaire. L'inoculation au cobaye permet le diagnostic étiologique de l'hydarthrose tuberculeuse.

Il est enfin une forme qui sans être absolument caractéristique de la syphilis, car on peut l'observer dans la tuberculose, présente cependant une certaine valeur diagnostique : c'est l'*hydarthrose double* (1), observée dans 4 cas : dans un cas, observation XVIII, l'hydarthrose était bilatérale et absolument symétrique, analogue à la forme décrite par Clutton.

Dans l'observation XVII, il y avait d'un côté une hydarthrose simple, de l'autre une hydarthrose avec ostéite.

Dans l'observation XX, hydarthrose à gauche, fausse tumeur blanche à droite.

Dans l'observation XII, l'hydarthrose bilatérale

1. Clutton : *Symetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis* (*The Lancet*, 1886).

était compliquée d'ostéite double, prédominante à droite.

3° *Fausse tumeur blanche.* — Dans la troisième forme, que nous appellerons fausse tumeur blanche, la synoviale est fortement distendue ; la rotule soulevée, sans que l'on trouve de fluctuation ni de choc rotulien ; la main qui palpe perçoit un empâtement mollasse qui donne une grande analogie avec l'empâtement fongueux de la tumeur blanche. Cette forme où toute la maladie paraît se passer dans la synoviale ne trouve aucune place dans les différents traités. Il ne paraît pas s'agir de péricapsulite, mais bien de synovite.

Le diagnostic est ici particulièrement difficile avec la tumeur blanche, et dans les sept observations produites, le diagnostic clinique avait été celui de tumeur blanche :

Dans les observations XXIII et XXV, une résection avait été proposée.

Dans l'observation XXIV, une histoire d'arthrite du genou du côté opposé guérie sans reliquats avait éveillé une idée très vague de syphilis, et le W positif avait établi le diagnostic.

Dans les observations XX, XXI, XXII, la coexistence d'autres lésions en évolution, avait permis le diagnostic étiologique.

Dans l'observation XV, pendant trois mois, le diagnostic de tumeur blanche fistuleuse a paru évident. L'apparition d'une gomme tibiale fit penser à

la syphilis, que le laboratoire a méconnue et que le traitement a confirmée.

Dans ces cas, les signes habituellement donnés pour le diagnostic différentiel avec la tumeur blanche sont en défaut.

Dans 5 cas, le membre, était immobilisé en extension et les mouvements provoqués étaient très douloureux, à peine ébauchés.

Dans l'observation XV, il y avait de la contracture fixant la jambe en demi-flexion ; de plus, les fistules et l'abcès qui a été ponctionné six fois et a donné issue à un pus présentant tous les caractères du pus que l'on rencontre habituellement dans la tumeur blanche, rendaient le diagnostic singulièrement obscur.

En faisant abstraction de ce dernier cas, où il existait un engorgement ganglionnaire, en rapport avec les fistules, dans les 6 autres cas, il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire du côté malade. Ce signe négatif est important, car l'engorgement ganglionnaire est de règle dans la tumeur blanche.

Un autre signe négatif fourni par la radiographie a été rencontré dans 4 cas : c'est l'intégrité complète de l'espace et des surfaces articulaires sans modification du volume des épiphyses dans les trois cas où elles n'étaient pas soudées.

Mais ces signes négatifs qui permettent d'affirmer la tuberculose et traduisent bien l'origine synoviale pure des lésions, est insuffisant pour permettre le diagnostic de syphilis. D'autre part, une exception

doit être faite pour l'observation XV, où la radiographie montre une augmentation de la hauteur des épiphyses du côté malade avec rétrécissement de l'espace articulaire comme dans la tumeur blanche au début.

Dans toutes ces observations, il n'existe donc dans la lésion elle-même aucun signe caractéristique, permettant le diagnostic étiologie. La radiographie donne des probabilités contre la tuberculose. Dans 6 cas, la syphilis a pu être ou soupçonnée, ou affirmée par la concomitance d'autres lésions en évolution. Dans 6 autres cas, le W a été le seul signe permettant le diagnostic. Dans un cas, il a été inférieur à la clinique.

Le deuxième groupe comprend :

Les formes d'hydarthrose avec hypérostose juxta-articulaire ;

Les formes d'hypérostose juxta-articulaire sans retentissement articulaire marqué.

Les cas de ces deux groupes appartiennent les uns à la pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier, dénomination mauvaise, car la confusion clinique avec la tumeur blanche est vraiment impossible ; les autres à la forme isolée par Méricamp sous le nom d'ostéo-arthropathie déformante.

1° *Hydarthrose avec hypérostose juxta-articulaire.* — Ces cas sont réalisés dans les observations X (tibio-tarsienne), III (genou), XII (deux genoux), XIII

(genou), XIV (deux genoux), XVI (un genou, une tibio-tarsienne), XVII (un genou).

Dans tous ces cas, outre l'hydarthrose, on constate cliniquement et radiographiquement un gonflement marqué de l'un ou des deux bulbes juxtagonaux. Les mouvements sont plus fortement limités que dans l'hydarthrose simple, cette limitation paraît relever d'une part de la réaction articulaire, d'autre part et surtout de la tuméfaction osseuse. L'observation XIII est à ce point de vue caractéristique : il existe une distension énorme du cul-de-sac sous-quadricipital qui est fortement fluctuant et sans communication avec l'articulation du genou qui reste sèche ; l'extrémité inférieure du fémur est fortement gonflée, le bulbe tibial est épaissi. Les mouvements ne sont pas douloureux mais atteignent difficilement l'angle droit.

2° *Hypérostose juxta-articulaire sans réaction articulaire.* — Dans ces formes, l'ostéite est seule en cause dans la limitation des mouvements. A ce groupe appartiennent les observations VII (genou), VIII (coudes), XVII (coude), XLI (coudes).

Ici l'indolence est absolue, c'est par l'examen systématique des différentes articulations que l'on constate une limitation des mouvements. Dans les trois derniers cas l'extension des coudes est limitée, n'atteignant pas la rectitude. Il peut exister une déviation en varus ou en valgus. La palpation révèle un épaississement de l'extrémité inférieure de l'humérus

et de l'extrémité supérieure du cubitus que confirme la radiographie.

Dans l'observation VII, toute la moitié inférieure du fémur est hypérostosée, il y a deux fistules interne et externe; situées à quatre travers de doigts de l'interligne du genou; deux interventions intempes- tives ont été pratiquées sans autre résultat que d'empêcher la cicatrisation. Le genou est subluxé en arrière par inflexion de l'épiphyse fémorale; il reste sec, indolore, avec une flexion possible de 90°.

Parmi ces formes, celles à double foyer juxta-articulaire sont d'un diagnostic relativement facile. Il est très rare, en effet, d'assister à l'évolution d'une tuberculose ou d'une ostéomyélite à forme atténuée aux deux pôles d'une articulation sans retentissement plus marqué sur l'article. A un terme plus avancé de l'évolution, le processus gommeux peut envahir l'articulation, et le diagnostic étiologique est alors impossible: cas de l'observation XXXI où l'étendue de la tuméfaction cubitale et la limitation simple des mouvements d'un genou incitent à pratiquer le W. qui est le signe révélateur de la syphilis du coude.

Quand la lésion est localisée à une seule épiphyse, la confusion clinique avec l'épiphysite tuberculeuse est fatale.

A côté de ces formes, où la symptomatologie peut faire soupçonner la syphilis, nous signalerons les observations XXVII et XXVIII où l'on a affaire à une

arthrite de la hanche qui remonte à deux ans dans le premier cas, à vingt-cinq ans dans le deuxième. Les signes sont trop légers pour faire penser à la coxalgie : simple limitation des mouvements avec augmentation de la longueur du membre sans tuméfaction, sans engorgement ganglionnaire, sans altération de l'espace articulaire à la radiographie. La clinique est impuissante à fournir le diagnostic. Le W. permet d'instituer le traitement.

Dans les observations XXVII, XXIX et XXX, il s'agit d'ostéo arthrite du cou-de-pied. Dans l'observation XXVII, la lésion remonte à neuf ans, rien dans l'aspect clinique et radiographique ne fait penser à la syphilis. Le W. est positif. Le traitement guérit l'arthralgie du poignet, l'arthrite de la hanche, mais n'a aucune action sur l'arthrite du cou-de-pied.

Dans l'observation XXIX, il y a eu deux ans auparavant un traumatisme, on fait le diagnostic d'entorse de la tibio-tarsienne, puis de tumeur blanche. Cliniquement il s'agit, en effet, de tumeur blanche, la radiographie donne peu de renseignements concluants, on songe à une amputation quand l'examen complet du malade montre un sarcocèle caractéristique et une ulcération de l'épaule sans caractère net. Le W. est très fortement positif. Un traitement intensif déterminé la guérison rapide des lésions cutanées et testiculaire ; la lésion du cou-de-pied est actuellement au bout de six mois de traitement nettement améliorée, mais non guérie.

Dans l'observation XXX, le diagnostic de tumeur

blanche du cou-de-pied est porté. Une astragalectomie est pratiquée laissant à sa suite une fistule interminable que le traitement institué trois ans après sur les seuls renseignements fournis par le W. guérit rapidement.

OSTÉITES SYPHILITIQUES

Nous avons été amené à envisager au cours des arthrites *l'ostéite épiphysaire*, ostéite avec hyperostose, siégeant sur l'épiphyse chirurgicale, dans cette région assez mal délimitée qui répond au bulbe de l'os. Cette forme se rencontre d'ailleurs dans la tuberculose et l'ostéomyélite chronique ; le diagnostic avec le sarcome n'étant qu'un diagnostic d'exception. Les signes en faveur de la syphilis sont constitués : par la multiplicité habituelle des lésions, le peu d'importance des phénomènes fonctionnels, mais le plus souvent en présence d'une telle forme isolée, le diagnostic reste impossible. Nous pourrions produire une dizaine d'observations où la syphilis a été soupçonnée à tort sur ces seules données, le W fut négatif et le traitement sans action.

Hypérostose diaphysaire. — Beaucoup plus intéressante est l'hyperostose diaphysaire qui dans son type pur et au cas de lésion fermée, constitue un signe de haute valeur en faveur de la syphilis. Elle peut atteindre tous les os longs, mais son os de prédilection est, chez tous les auteurs, le tibia.

Nous la rencontrons 23 fois sur le tibia,

— 6 — sur le péroné,

— 7 — sur le fémur,

— 2 — sur le radius,

— 1 — sur l'humérus,

— 1 — sur le cubitus.

Elle se présente dans certains cas avec des caractères cliniques et surtout radiographiques si particuliers, qu'ils sont à eux seuls suffisants pour permettre le diagnostic. En temps de paix, alors que l'abondance des plaques le permettait, il est arrivé fréquemment à l'Hôpital maritime de radiographier systématiquement tous les os longs d'un hérédosyphilitique et, le plus souvent, on trouvait ainsi plusieurs hyperostoses qui avaient échappé à l'examen clinique.

Dans les observations I, III, IV, XI, XIII, XVI, XXI, XXII, XXIV, l'hyperostose diaphysaire fut le seul signe révélateur de la syphilis. Dans ces 9 cas, le W et le traitement ont confirmé le diagnostic.

Dans les observations VIII et XV, elle affirma la syphilis que méconnut le W et que confirma le traitement.

Il faut donner une place à part à l'observation IX où ce fut la localisation particulière à la clavicule qui permit le diagnostic beaucoup plus que les caractères morphologiques de la lésion. Ici encore le W fut en désaccord avec la clinique.

Cliniquement, c'est l'hyperostose diaphysaire des os superficiels et plus particulièrement du tibia qui

prend le maximum de netteté. Dans les os profonds, en effet, comme le péroné, le fémur et l'humérus, le simple examen clinique est le plus souvent insuffisant. On perçoit difficilement la tuméfaction osseuse à travers les parties molles, épaisses. Dans certains cas cependant, on arrive à déterminer à la pression une douleur vive, signe qui prend alors une grande importance.

Nous prendrons pour type de description la localisation tibiale parce que de beaucoup la plus fréquente et la plus facilement décelable. M. Ménard l'a décrite ainsi : « L'épaississement est toujours diffus ; maximum en un point, il s'effile à ses extrémités. Il donne une sensation de fuseau régulier ou irrégulier. Sur les os à face plane comme le tibia, la périostose crée un aspect cylindroïde. Sa face antéro-interne parfaitement plane à l'état normal devient convexe dans le sens de la longueur et aussi transversalement. Les crêtes tranchantes qui la limitent s'émoussent. On ne perçoit plus qu'une masse arrondie.

Cette déformation tibiale crée une déformation typique de la jambe ; l'axe du membre semble décrire une convexité antéro-interne ».

Dans la plupart des cas, l'os est augmenté dans sa longueur. Dans un segment de membre à deux os, l'atteinte d'un seul os détermine une déformation plus ou moins marquée : main botte cubitale dans les observations V et XVI. A son degré extrême, l'hyperostose du tibia se traduit par la déformation

en fourreau de sabre de Lannelongue, en lame de sabre de Fournier. Cette déformation dont Berne (1) a fait un stigmate pathognomonique de syphilis héréditaire, nous l'avons observée dans les observations XI, XII et XVI; mais nous l'avons également rencontrée dans deux cas de tuberculose du tibia multi-fistuleuse et dans un cas d'ostéomyélite fistuleuse où un traitement spécifique intensif n'a déterminé aucune amélioration.

L'épreuve radiographique fournit des résultats variables :

Au cas de lésion récente, elle est inférieure à la clinique (obs. XV et XXVI); l'hyperostose jeune, en effet, se laisse traverser par les rayons et ne donne pas d'image nette.

Au cas de lésion très ancienne, l'os renflé apparaît sombre dans toute son épaisseur, et le canal médullaire est complètement masqué. C'est encore ce que l'on observe dans les lésions ouvertes où l'image radiographique montre un os irrégulier, clouté, dont l'aspect fait penser autant à l'ostéomyélite qu'à la syphilis.

Il n'y a donc dans ces formes rien de caractéristique et nous avons un grand nombre de cas où le diagnostic de syphilis a été porté sur l'image radiographique, le W a été négatif et le traitement institué n'a amené aucune amélioration.

C'est dans les formes moyennes fermées que la

1. Berne, *Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire*. Thèse de Paris, 1884.

radiographie fournit des indications de premier ordre et presque susceptibles à elles seules d'affirmer le diagnostic, comme Bénazet (1) l'a bien établi dans sa thèse : la radio d'un os long normal donne sur le papier une ombre présentant des différences de teintes : au centre, un ruban de teinte claire qui répond au canal médullaire, à la périphérie deux bandes longitudinales plus sombres qui courent d'une région bulbaire à l'autre où elles diminuent progressivement, et qui correspondent à l'étui de tissu compact qui entoure complètement le canal médullaire. L'hyperostose diaphysaire est réalisée sur l'image radiographique par un épaississement en fuseau du tissu compact qui vient en dedans empiéter sur le canal médullaire, lequel apparaît ainsi plus ou moins rétréci. Une telle image en cas de lésion fermée acquiert une grande importance diagnostique. Nous ne l'avons jamais observée en dehors de la syphilis.

Nous produisons des séries d'hyperostoses des os longs avant et après traitement, certaines dataient de plusieurs années ; toutes celles que nous avons pu suivre se sont résorbées sous l'influence du traitement. La médication iodo-mercurielle nous paraît agir dans ces cas anciens plus efficacement que le néosalvarsan.

1. Bénazet, *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et l'adolescent*. Thèse de Paris, 1911.

ADÉNITES SYPHILITIQUES

Le chapitre des ganglions syphilitiques est encore plus obscur que celui des lésions osseuses et articulaires, et nous ne croyons pas nous avancer en disant qu'en pareil cas, il n'existe aucun signe dans la lésion elle-même permettant non seulement d'affirmer mais même de soupçonner l'origine syphilitique. Mlle Pouzin arrive à une conclusion semblable dans sa thèse (1).

Nous donnons 11 cas d'adénite syphilitique. Dans les 11 observations, il s'agit d'adénopathie cervicale.

Sauf pour l'observation XVI où la multiplicité des lésions osseuses et articulaires permettait le diagnostic, dans tous les autres cas les malades avaient été envoyés à Berck pour adénopathie tuberculeuse. Dans l'observation XLI le diagnostic de syphilis est porté sur les lésions dentaires. Le W. est très fortement positif. Le diagnostic fait, l'examen systématique montre de la limitation de l'extension des coudes avec hyperostose de l'extrémité inférieure de l'humérus.

1. *Les adénopathies cervicales chroniques chez les enfants hérédo-syphilitiques*. Thèse de Paris, 1915.

Dans les observations IV, VIII et XXXIV, la coexistence d'hypérostose permet le diagnostic.

Dans les observations XXXVI et XL, l'adénite est considérée comme tuberculeuse jusqu'au jour où une complication : perforation du voile dans le premier cas, kératite dans l'autre, met sur la voie du diagnostic. Le W. fait tardivement après un traitement de longue durée est positif dans les 2 cas : dans l'un, trois ans après, dans l'autre, sept ans après le début des accidents.

Dans l'observation XXXIX un léger dépoli des deux cornées incite à pratiquer le W.

Dans les trois autres observations XXXV, XXXVII, XXXVIII, rien ne fait penser à la syphilis.

Le W. est fait par hasard. Dans l'observation XXXV, les lésions évoluent depuis dix-huit ans.

Dans tous ces cas, le traitement a amené la cicatrisation rapide et la résolution des adénites.

A l'aide de ces 11 observations cherchons dans l'aspect clinique ou dans l'évolution un trait permettant le diagnostic différentiel avec l'adénite tuberculeuse.

Dans l'ensemble, l'adénite tuberculeuse peut être décomposée en quatre grandes formes évolutives :

1° La micropolyadénopathie qui ne nous occupe pas ;

2° La masse ganglionnaire dure sans grande périadénite et qui reste dure pendant une longue évolution malgré toutes les injections modificatrices ;

3° La masse ganglionnaire dure qui se ramollit et

guérit plus ou moins rapidement à la suite de quelques ponctions ou après fistulisation;

4° L'adénite suppurée avec ensemencement et décollements sous-cutanés.

Les deuxième et troisième formes ressemblent trait pour trait à l'adénopathie syphilitique.

La quatrième forme qui laisse après cicatrisation des bourrelets cutanés avec ponts et terriers dont on a fait une signature de la tuberculose appartient presque en propre à cette dernière. Nous disons presque en propre, car dans l'observation XVI, le maxillaire inférieur était entouré de décollements sous-cutanés dont quelques-uns, cicatrisés, étaient absolument semblables aux cicatrices tuberculeuses.

STIGMATES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

En reprenant lésion par lésion, nos observations, nous avons vu la difficulté de trouver dans les affections osseuses, articulaires et ganglionnaires d'origine syphilitique, la caractéristique de l'affection ? Le plus souvent, une telle lésion isolée, l'hypérostose diaphysaire typique exceptée, reste d'un diagnostic impossible. C'est en général par la recherche d'autres lésions de même ordre en évolution et surtout par la recherche systématique de cicatrices traduisant une lésion d'évolution ancienne que l'on obtient un tableau clinique permettant d'affirmer le diagnostic.

Dans certains traités, on tend à faire rentrer dans le cadre des stigmates de la syphilis toutes les malformations congénitales. Nous allons passer en revue ceux que nous avons pu rencontrer. Auparavant, nous éliminerons systématiquement les différentes malformations craniennes telles que crâne natiforme, crâne en carène, front olympien et la voûte palatine ogivale qui ne nous paraissent avoir aucune valeur, car nous les avons rencontrées très fréquemment en dehors de la syphilis : les malformations craniennes chez des rachitiques à W. nég-

tif, la voûte palatine ogivale chez des adénoïdiens ou chez des sujets absolument normaux.

On a tout dit sur l'influence dystrophiante de la syphilis, certains la voient partout et la rendent responsable de la grande taille des uns, de la petite taille des autres. Toutes les maladies congénitales lui appartiendraient. Nous avons pu voir dans les hôpitaux Vincent et Bouville un grand nombre de rachitiques, de luxations congénitales de la hanche, des becs-de lièvre, des spina bifida. Le W. fait systématiquement n'a pas fourni une proportion plus élevée de résultats positifs dans ces cas que chez les autres sujets.

Parmi les stigmates observés nous retiendrons :

- 1° Les lésions nasales et palatines ;
- 2° Les lésions oculaires et auditives ;
- 3° Les lésions dentaires.

1° *Lésions nasales.* — Les lésions nasales sont signalées dans 4 observations :

Dans l'observation X, il existe un effondrement basal du nez qui donne l'aspect en selle caractéristique.

Dans l'observation XXVI, même effondrement du squelette des os du nez, en outre destruction complète de la portion cartilagineuse de la cloison et de la sous-cloison, les bords libres des narines étant respectés.

Dans l'observation XLIV, les lésions en pleine évolution consistent en une ulcération très étendue

de la cloison cartilagineuse et osseuse, le squelette des os du nez et la sous-cloison étant respectés. L'écoulement nasal dégage une odeur infecte.

Dans l'observation II, le processus ulcératif a détruit la cloison, la sous-cloison et le bord libre de la narine gauche, le squelette des os du nez et la narine droite sont respectés.

L'effondrement basal des os du nez réalisant le nez en selle et l'affaissement du segment inférieur avec nez en lorgnette plus ou moins typique, réalisent des traces éminemment caractéristiques de la syphilis. Comme le dit Fournier (1) ces deux ordres de lésions ont un passé, une histoire pathologique. Par contre, les nez « mal faits », les difformités de deuxième ordre de Fournier, nous les avons rencontrés plusieurs fois avec W. négatif et l'épreuve du traitement a été négative sur les lésions en évolution.

Dans les observations II et XLV, l'ulcération a détruit la sous-cloison, mais ici encore l'aspect caractéristique de la lésion impose le diagnostic et le tableau ne peut prêter à confusion avec le loup.

2° *Lésions palatines.* — Les lésions palatines se retrouvent dans quatre observations :

Dans les observations V et XLVI, il existe une cicatrice pharyngée intéressant la moitié droite de la luette et le bord libre du pilier droit.

1. *La Syphilis héréditaire tardive*, par Alfred Fournier.

Dans l'observation XXXVI la gomme du voile suivie de perforation rapide a été le signe révélateur de la syphilis.

Dans l'observation XLV une vaste ulcération du palais dur avec perte de substance est tellement caractéristique qu'elle impose le diagnostic. Le W. est négatif. Un traitement intensif par le néosalvarsan permet d'obtenir la cicatrisation des lésions en évolution que n'avait pu amener un traitement mercuriel antérieur.

3° *Lésions auditives et oculaires.* — Nous n'insisterons pas sur les lésions auditives et oculaires qui, du ressort du spécialiste quand elles sont isolées, prennent une valeur considérable quand elles coexistent avec des stigmates dentaires formant alors *la triade caractéristique d'Hutchinson* (1).

Nous trouvons des lésions auditives isolées dans les observations :

XXX et XXXVIII, dans les 2 cas il s'agit d'otorrhée ancienne qui est rapidement tarie sous l'influence du traitement.

Dans les observations XIV, XX et XXXIX, la cornée n'a pas sa transparence habituelle, elle présente un léger nuage sous forme de néphélions.

Dans les observations III et XLIII la cornée a sa transparence normale, mais les pupilles sont iné-

1. Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par Hutchinson (traduit par le Dr Hermet).

gales, irrégulières, réagissant mal aux diverses excitations.

Récemment, nous avons trouvé chez une de nos malades, âgée de onze ans et envoyée à Berck pour anémie, de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll, ce signe nous a suffi pour affirmer la syphilis que le W. a confirmée.

4° *Lésions dentaires.* — L'association de stigmates dentaires aux lésions oculaires et auditives (triade d'Hutchinson) se rencontre dans les observations II, V, VII, XVIII, XLII, XLIII.

On a beaucoup écrit et discuté sur les lésions dentaires de l'hérédo-syphilis. La dent d'Hutchinson est admise par la plupart des auteurs : Incisives médianes supérieures de deuxième dentition présentant l'échancrure semi-lunaire du bord libre avec obliquité convergente ou divergente de l'axe et forme en tournevis. Une pareille dent suffit à elle seule pour affirmer l'hérédo-syphilis.

A côté de cette dent type, on rencontre tous les intermédiaires, nous en donnons 5 figures, résumant assez bien les types que nous avons observés.

La figure 1 (obs. V) montre la dent d'Hutchinson type avec l'échancrure du bord libre, l'obliquité de l'axe et la forme en tournevis.

Dans la figure 2 (obs. XVIII) la dent est sortie depuis un an, l'échancrure n'est pas encore constituée. Elle se fera aux dépens de son cinquième libre où l'émail a disparu et qui est séparé du reste de la

dent par un sillon arciforme à concavité inférieure.

La figure 3 (obs. XLI) est remarquable du fait de l'asymétrie des lésions : les deux incisives supérieures sont divergentes et en tournevis ; à droite pas trace d'échancrure, à gauche on constatait (fig. 4 A) à l'arrivée une érosion de la face antérieure, non terminale et séparée du bord libre par un pont d'émail ; six mois après l'érosion était terminale et l'émail avait totalement disparu (fig. 4 B).

Toutes ces dents sont obliques divergentes et en tournevis typique.

Dans la figure 5 (obs. 6) asymétrie des deux incisives médianes supérieures qui sont en tournevis atypique : les bords latéraux sont d'abord divergents jusqu'au tiers inférieur de la dent, à partir de ce point, ils convergent l'un vers l'autre, en même temps que la face antérieure se trouve entaillée d'avant en arrière. Cette dent est difficile à interpréter et, isolée, elle ne permet pas le diagnostic.

Dans la figure 6 (obs. XLII) les dents sont divergentes sans tournevis, l'échancrure est en voie de disparition.

Une lésion analogue et réalisée au niveau des deux incisives médianes inférieures qui sont étroites, allongées, obliques divergentes, en tournevis, avec ou sans torsion de dedans en dehors, avec échancrure semi-lunaire du bord libre dans les observations V, VI, VII, XLI.

A côté de ces dystrophies dentaires qui sont vraiment caractéristiques, on trouve dans les différents

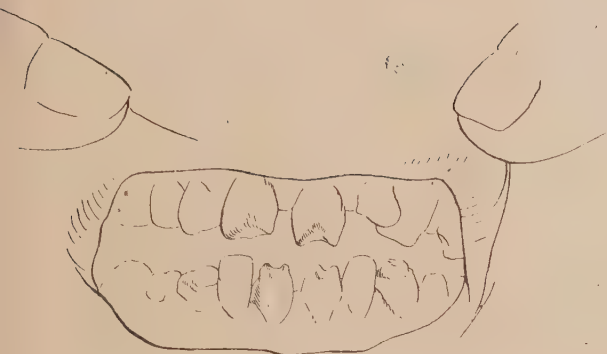


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



A Fig. 4 B

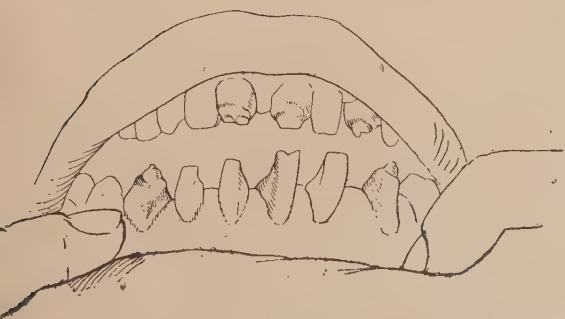


Fig. 5

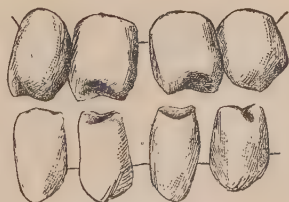


Fig. 6

traités des lésions qui sont mises sur le même plan et sont réalisées par la dent en gradin (fig. 7) et les érosions cupuliformes de la face antérieure des incisives (fig. 8). Nous avons observé la dent en gradin



Fig. 7



Fig. 8

dans trois cas. Le W. a été négatif, l'épreuve du traitement dans deux cas (coxalgie, adénopathie cervicale) n'a déterminé aucune amélioration. Nous relevons les érosions cupuliformes de la face antérieure dans un cas avec W. positif (Obs. II) dans deux cas avec W. négatif.

Quant à l'atrophie de l'extrémité libre de la canine, nous l'avons rencontrée neuf fois. Trois fois avec W. positif (Obs. V, VI, XVIII), elle coexistait alors avec des dystrophies typiques des incisives médianes supérieures ; six fois isolée et avec W. négatif, dans 3 cas il s'agissait de rachitiques.

Il nous reste à envisager la *dystrophie de la dent de six ans* sur laquelle nous insisterons plus particulièrement parce qu'elle nous paraît dans sa forme typique avoir une signification égale à la dent d'Hut-

chinson et que dans aucun ouvrage il n'en est fait une description répondant à la réalité des faits. Cette dystrophie qui est dénommée à tort : atrophie cuspidienne de la première grosse molaire présente un caractère principal, typique, constant, et différents caractères accessoires, inconstants. Le caractère principal est réalisé par un sillon circulaire comme tracé par la pointe d'une aiguille et siégeant non pas sur le corps de la dent mais en plein plateau à 1 ou 2 millimètres en dedans du bord libre. Cette dent que nous appelons *dent en bourse* à cause de la ressemblance plus ou moins justifiée de son sillon avec celui déterminé par la striction des cordons d'une bourse, nous la trouvons dans les observations V, VII, XXXIII, XLI, XLII, XLIII, XLIV. Nous ne l'avons jamais observée en dehors de l'hérédo-syphilis. Nous en avons rencontré un cas dans la collection de moulage du D^r Lecrenier : ce moulage avait été pris sur un hérédo-syphilitique à W. positif à une époque où nous ne saisissons pas nettement les caractères de cette dent.

Le sillon enchâtone une zone centrale d'où émergent les quatre cuspides, qui apparaissent étranglées. Ils peuvent être atrophiés ou non : non atrophiés ils sont recouverts complètement d'émail, ils se présentent alors sous forme d'éminences saillantes, pointues, délimitant entre eux un sillon cruciforme.

Atrophiés, ils sont jaunâtres, plus ou moins érodés, ils peuvent même disparaître, le sillon circulaire encadre alors une dépression jaunâtre cupuliforme

qui donne à la dent l'aspect en godet. L'atrophie cuspidienne réalise le premier caractère accessoire.

Le deuxième caractère accessoire se trouve constitué par la forme conique du corps de la dent.

Nous donnons plusieurs dessins de dent en bourse : dans les figures 9 et 10, observation XLI, le sillon enchâsse les quatre cuspides dont les deux antérieurs et le postéro-externe sont bien développés, recouverts complètement d'émail. Le postéro-interne est en voie d'effacement.



Fig. 9



Fig. 10

Les figures 11 et 12 appartiennent au même malade (obs. V), le processus d'atrophie cuspidienne ébauché dans la figure 11 a déterminé dans la figure 12 la dent en godet.



Fig. 11

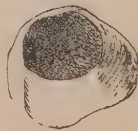


Fig. 12

Quant aux anomalies de nombre et aux implantations vicieuses des dents nous ne leur reconnaissons aucune valeur.

Il en est de même de l'éminence mamillaire de la face interne des premières grosses molaires supérieures découvertes et décrites par M. Sabouraud (*Presse médicale* du 22 mars 1917), et données par lui comme « un signe fréquent ordinairement unique et à lui seul démonstratif de l'hérédo-syphilis ». Nous avons dit dans un article de *la Presse médicale* du 20 septembre 1917, publié en collaboration avec notre ami Chenet, que nous avions observé ce cinquième tubercule dans 19 cas avec W. négatif et dans un seul cas avec W. positif. Depuis, nous l'avons rencontré si fréquemment qu'un bon cinquième des individus seraient hérédo-syphilitiques si ce signe avait une valeur. D'ailleurs dans *l'Atlas manuel des maladies des dents et de la bouche*, de Preiswerk-Chompret, toutes les figures destinées à représenter une dentition supérieure normale le donnent comme constant.

En résumé, les stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis sont constitués par des lésions portant : 1° sur les incisives médianes supérieures et inférieures de deuxième dentition, et réalisant la dent d'*Hutchinson type* ou la dent en tournois ; 2° sur la dent de six ans avec ses deux variétés : dent en bourse et dent en godet.

Ces deux ordres de lésions coexistent souvent ; d'autres fois, le stigmate porte uniquement sur l'une ou l'autre dent. L'explication de ces faits est fournie par l'époque d'apparition du chapeau de dentine des

dents permanentes. Magitot (1) indique le sixième mois de la vie fœtale pour la dent de six ans, le premier mois après la naissance pour les incisives, alors qu'au niveau des canines, la dentine ne ferait son apparition que du troisième au quatrième mois, du cinquième au sixième pour les pré-molaires, vers la troisième année pour la dent de douze ans, et vers la douzième année pour la dent de sagesse.

Quoi qu'il en soit, dans la pratique, le stigmatisme peut porter isolément ou simultanément sur la première grosse molaire ou sur l'incisive médiane et garder toute sa valeur. L'atrophie cuspidienne de la canine n'a aucune valeur diagnostique quand elle est isolée, ou accompagne d'autres lésions dentaires banales : dent en gradin, dent laminée, érosion cupulaire. Cette atrophie cuspidienne de la canine paraît, au contraire, relever de la syphilis quand elle coexiste avec les lésions types de la dent de six ans et de l'incisive médiane.

1. Etudes cliniques sur l'érosion des dents. Paris, 1881.

LÉSIONS MIXTES

ET LÉSIONS NON SYPHILITIQUES CHEZ LES SUJETS

A WASSERMANN POSITIF

Dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de l'origine syphilitique de la lésion a été porté non pas sur les signes objectifs tirés de l'examen clinique ou radiographique de la partie malade, mais tantôt sur des signes traduisant d'autres lésions en évolution, tantôt sur l'existence d'une lésion ancienne ayant laissé à sa suite la marque indélébile de l'infection. Il s'agit alors d'un diagnostic par induction. Le W. constitue en pareil cas un signe de plus. Il ne fait que confirmer le diagnostic et n'a qu'une valeur de deuxième ordre. La réaction de fixation du complément faite par la suite de façon systématique tous les trois ou quatre mois, donne des indications précieuses au point de vue de la continuation du traitement.

Dans 11 cas, la clinique restait muette, rien ne traduisant l'origine syphilitique des lésions ; le W. fut alors le seul indice en faveur de la syphilis. Il n'est nul besoin d'insister sur sa valeur en pareil cas. Dans deux autres cas, l'origine syphilitique fut reconnue par la survenue d'une complication : kératite dans un cas, perforation du voile dans l'autre.

Le W. pratiqué à l'arrivée aurait permis d'instituer le traitement convenable et d'éviter la complication.

Stigmates et Wassermann ne font qu'à traduire l'infection syphilitique généralisée, ils n'affirment pas la nature de la lésion locale en évolution ; ils constituent des signes indirects n'infirmant nullement ni la lésion mixte, ni la lésion tuberculeuse évoluant sur un terrain syphilitique. Sur 46 cas, nous trouvons dans l'observation VI un mal de Pott fistuleux en évolution, présentant tous les caractères de la tuberculose vertébrale, et non influencé par un traitement intensif institué par suite de la coexistence de stigmates dentaires, d'hyperostoses tibiales et d'une réaction de W. positive.

Dans l'observation XXVII il existe une ostéoarthrite tibio-tarsienne et sous-astragalienne présentant tous les caractères cliniques et radiographiques de la tuberculose. Cette lésion ne fut en rien améliorée par le traitement qui guérit l'arthrite de la hanche et l'arthralgie du poignet concomitante.

Dans l'observation I, la scapulalgie n'est pas modifiée par le traitement sous l'influence duquel les hyperostoses tibiales, péronières et fémorale disparaissent.

Dans toutes les autres observations, la grande loi médicale « une même maladie chez le même malade » s'est trouvée vérifiée et le traitement institué sur la foi d'un W. positif a agi sur toutes les lésions en évolution.

NUMÉROS des observations	LÉSIONS en évolution	SIGNES CLINIQUES en faveur de la syphilis	ÉVOLUTION des lésions sous l'influence du traitement	WASSERMANN	
				Avant traitement	Après traitement
I	Scapulalgie.	Hyperostoses multiples. Traces de kératite interstitielle.	Guérison des hyperostoses. Etat sans changement de la scapulalgie.	+	—
II	Syphilides cutanées.	Traces de kérato-iritis. Dent d'Hutchinson. Destruction de la cloison. Hyperostose diaphysaire tibiale.	Guérison.	+	—
III	Ostéite fistuleuse du tibia.	Trace de kérato-iritis. Hyperostose diaphysaire tibiale.	Guérison.	+	—
IV	Ostéites fistuleuses des tibias. Gommées ouvertes. Adénites fistulisées.	Hyperostose diaphysaire des tibias et des péronés.	Guérison.	+	—
V	Ostéite du radius droit.	Triade d'Hutchinson. Lésions cicatricielles du voile du palais.	Amélioration.	+	?
VI	Mal de Pott dorso-lombaire fistuleux.	Lésions dentaires Hyperostoses diaphysaires (tibias et fémurs).	Etat sans changement du mal de Pott fistuleux.	+	—
VII	Ostéite fistuleuse opérée du fémur.	Triade d'Hutchinson.	Amélioration.	+	—
VIII	Adénites cervicales. Ostéites multiples.	Hyperostoses diaphysaires tibiales et péronières.	Guérison.	—	—
IX	Ostéite fermée de la clavicule.	Localisation à la clavicule.	Amélioration.	—	—
X	Ostéites multiples	'Effondrement basal du nez. Hyperostoses diaphysaires.	Guérison.	+	+
XI	Ostéites tibiales. Hydarthrose du genou.	Hyperostoses tibiales.	Guérison.	+	+
XII	Hydarthrose des deux genoux.	Bilatéralité des lésions. Hyperostoses diaphysaires tibiales.	Guérison.	+	+

NUMÉROS des observations	LÉSIONS en évolution	SIGNES CLINIQUES en faveur de la syphilis	ÉVOLUTION des lésions sous l'influence du traitement	WASSERMANN	
				Avant trai- tement	Après trai- tement
XIII	Ostéite ouverte du tibia droit. Synovite sous-quadricipitale.	Hyperostoses multiples.	En voie de guérison.	+	+
XIV	Ostéo-arthrite des deux genoux. Ostéites multiples.	Traces de kératite. Bilatéralité de l'arthrite du genou. Hyperostoses tibiales.	En voie de guérison.	+	+
XV	Fausse tumeur blanche du genou.	Apparition d'une hyperostose tibiale.	Guérison.	—	
XVI	Adénites et ostéites fistulisées multiples.	Hyperostoses des tibias et des radius.	Guérison.	+	+
XVII	Hydarthrose des deux genoux.	Hyperostoses tibiale et humérale. Hydarthrose bilatérale.	Guérison.	+	+
XVIII	Hydarthrose bilatérale. Kérato-conjonctivite.	Triade d'Hutchinson. Bilatéralité de l'hydarthrose.	Guérison.	+	—
XIX	Hydarthrose du genou.	o	Guérison.	+	+
XX	Arthrite des deux genoux.	Bilatéralité des lésions. Traces de kératite interstitielle. Syph. paternelle connue.	En voie de guérison.	+	?
XXI	Fausse tumeur blanche du genou. Arthralgie du poignet.	Hyperostose diaphysaire du tibia.	Guérison.	+	?
XXII	Fausse tumeur blanche du genou. Ostéites fistulisées. Adénites fistulisées.	Hyperostose diaphysaire du tibia.	Guérison.	+	+
XXIII	Fausse tumeur blanche du genou.	o	En voie de guérison.	+	+
XXIV	Fausse tumeur blanche du genou.	o	Guérison.	+	?
XXV	Fausse tumeur blanche du genou, datant de 4 ans.	o	Guérison.	+	—

NUMÉROS des observations	LÉSIONS en évolution	SIGNES CLINIQUES en faveur de la syphilis	ÉVOLUTION des lésions sous l'influence du traitement	WASSERMANN	
				Avant traitement	Après traitement
XXVI	Ostéo-arthrite ancienne du genou.	o	Amélioration.	+	—
XXVII	Arthrite de la hanche datant de 25 ans.	o	Amélioration.	+	+
XXVIII	Tumeur blanche du cou-de-pied. Arthrite de la hanche. Arthralgie du poignet.	o	Guérison de l'arthrite de la hanche et de l'arthralgie du poignet. Lésions du pied sans changement	+	+
XXIX	Fausse tumeur blanche du cou-de-pied. Ulcération de l'épaule. Sarcocèle syphilitique.	Lésion testiculaire.	Amélioration.	+	+
XXX	Fausse tumeur blanche du cou-de-pied (Astragalectomie antér.). Otorrhée.	o	Guérison.	+	—
XXXI	Fausse tumeur blanche du coude gauche.	Limitation simple des mouvements d'un genou?	En voie de guérison.	+	+
XXXII	Arthralgies. Coude réséqué.	o	Guérison.	+	—
XXXIII	Ostéite opérée du maxillaire inférieur. Gomme du sternocléido-mastoidien.	Lésions caract. de la dent de 6 ans. Gomme du sternocléido-mastoidien.	Guérison.	+	+
XXXIV	Adénites cervicales.	Hyperostose diaphysaire du péroné.	Guérison.	+	+
XXXV	Adénites cervicales fistulisées datant de 15 ans.	o	Guérison.	+	?
XXXVI	Adénite cervicale.	Survenue d'une perforation du voile du palais.	Guérison.	n'a pas été fait	+
XXXVII	Adénite cervicale fistulisée.	o	Guérison.	+	+
XXXVIII	Adénites sous-maxillaires. Otite double.	o	En voie de guérison.	+	+

NUMÉROS des observations	LÉSIONS en évolution	SIGNES CLINIQUES en faveur de la syphilis	ÉVOLUTION des lésions sous l'influence du traitement	WASSERMANN	
				Avant traitement	Après traitement
XXXIX	Adénites cervicales. Otorrhée.	Néphélions cornéens?	Guérison.	+	—
XL	Adénites cervicales.	Survenue d'une kérato-iritis.	Guérison.	n'a pas été fait	+
XLI	Adénites cervicales.	Lésions dentaires caractéristiques. Hyperostoses humérales.	Guérison.	+	—
XLII	Diminution importante de l'acuité visuelle en rapport avec une kératite interstitielle.	Triade d'Hutchinson.	Grosse amélioration de la vue et de l'audition.	+	+
XLIII	Otorrhée fétide.	Triade d'Hutchinson.	Otite sans changement.	+	—
XLIV	Ostéite du vomer.	Perforation de la cloison nasale. Lésions caractéristiques de la dent de 6 ans.	Cicatrisation.	+	—
XLV	Perforation de la cloison nasale et du palais osseux.	Siège des lésions.	Aucune amélioration par le traitement mercuriel. Cicatrisation par le néosalvarsan.	—	—
XLVI	Ulcération pharyngée.	Effondrement basal du nez. Destruction de la cloison. Lésions oculaires.	Cicatrisation de la lésion pharyngée.	+	+

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas de signe clinique pathognomonique de la syphilis osseuse, articulaire, ganglionnaire, congénitale ou tertiaire.

L'hyperostose diaphysaire des os longs qui se présente à la radiographie sous forme de fuseau par épaissement du tissu compact et rétrécissement du canal médullaire constitue un signe non pas pathognomonique, mais de réelle valeur au cas de lésion fermée (thèse de Benazet, Paris 1911).

Dans l'histoire des genoux, l'hydarthrose double sans appartenir en propre à la syphilis est fréquemment de nature syphilitique.

Une ostéite évoluant aux deux pôles d'une articulation sans retentissement articulaire doit faire penser à la syphilis.

L'histoire clinique des ganglions syphilitiques est des plus obscures et il n'y a pas de signes directs permettant d'en affirmer l'étiologie.

2° La clinique ici comme partout ailleurs tient la première place : dans la majorité des cas on rapporte à la syphilis telle ou telle lésion parce qu'elle fait partie d'un *tableau clinique* constitué par des manifestations, les unes caractéristiques, les autres impuissantes à fournir, isolées, la solution du problème.

Au premier rang de ces associations, trouvent place :

a) la triade d'Hutchinson complète ou non, et plus particulièrement la kératite interstitielle, l'incisive médiane supérieure de deuxième dentition à forme Hutchinsonienne pure ou en tournevis simple, et la dent de six ans en bourse.

b) Certaines localisations telles que :

L'ostéite de la moitié interne de la clavicule ;

l'effondrement basal du nez avec nez en selle ;

l'effondrement de la cloison avec nez en lorgnette ;

la perforation du palais dur ou du palais mou ;

la gomme du sterno-cleido-mastoïdien ;

Quant aux malformations craniennes, malformations des dents autres que celles signalées, malformations nasales (nez mal faits) de Fournier, elles ne traduisent nullement l'origine syphilitique.

3° Très souvent le signe caractéristique fait défaut et la méconnaissance de l'étiologie peut conduire à des désastres. Dans ces cas, le laboratoire prend une importance capitale : un renseignement positif constitue le signe pathognomonique cherché ; un renseignement négatif n'a aucune valeur et doit céder le pas à la clinique.

4° Lorsque la clinique ne fournit qu'un tableau obscur et ne donne que des présomptions, sans aucune certitude, on institue habituellement un traitement d'épreuve souvent trop léger pour modifier les lésions. Le W. positif commande le traitement intensif qui guérit.

5° Contraint par le manque de temps et l'insuffisance de l'outillage, nous avons dû nous cantonner dans un champ très restreint. Nous avons pu déceler douze syphilis méconnues par la clinique, et les amener à guérison par le traitement. Il reste sur 46 observations 4 cas où la syphilis a été méconnue par le laboratoire, affirmée par la clinique, et confirmée par le traitement.

6° Le diagnostic de certitude par le laboratoire de la tuberculose et des mycoses n'a pas été tenté. Nous n'avons pu que de loin en loin pratiquer au cobaye l'inoculation de quelques liquides d'hydarthrose. Dans un vaste établissement qui réunit plus de 2.000 lits (Hôpital maritime, et Service annexe des Enfants assistés, Bouville et Vincent) bien des tâtonnements seraient évités si on pratiquait systématiquement à chaque entrant la réaction de W., la culture et le séro-diagnostic dans la recherche des mycoses, l'inoculation au cobaye dans la confirmation de la tuberculose. A côté de ces résultats pratiques un immense champ scientifique serait ouvert aux recherches spéculatives.

Nous terminerons sur l'espoir que dans un avenir

peu éloigné le plus bel hôpital du monde consacré à la tuberculose externe sera muni du laboratoire moderne qui lui est indispensable.

Vu : le Président de la thèse

LETULLE

Vu et approuvé :
le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3532-17.



PLANCHE I (OBSERVATION I)

Radiographie des deux jambes faites le 22 avril 1913, avant tout traitement (lésion fermée).

A gauche. — Le tibia présente un volumineux manchon d'hyperostose de la moitié supérieure de la diaphyse à prédominance bulbaire, l'hyperostose se prolonge en bas, vers le bulbe inférieur, le long de la face externe. Au tiers supérieur de la face interne, hyperostose jeune peu opaque aux rayons. Le péroné présente une hyperostose qui s'étend le long du tiers supérieur de son bord externe.

A droite. — Fuseau de la partie moyenne de la diaphyse tibiale. La diaphyse péronière est englobée par le manchon d'hyperostose sur toute sa hauteur.

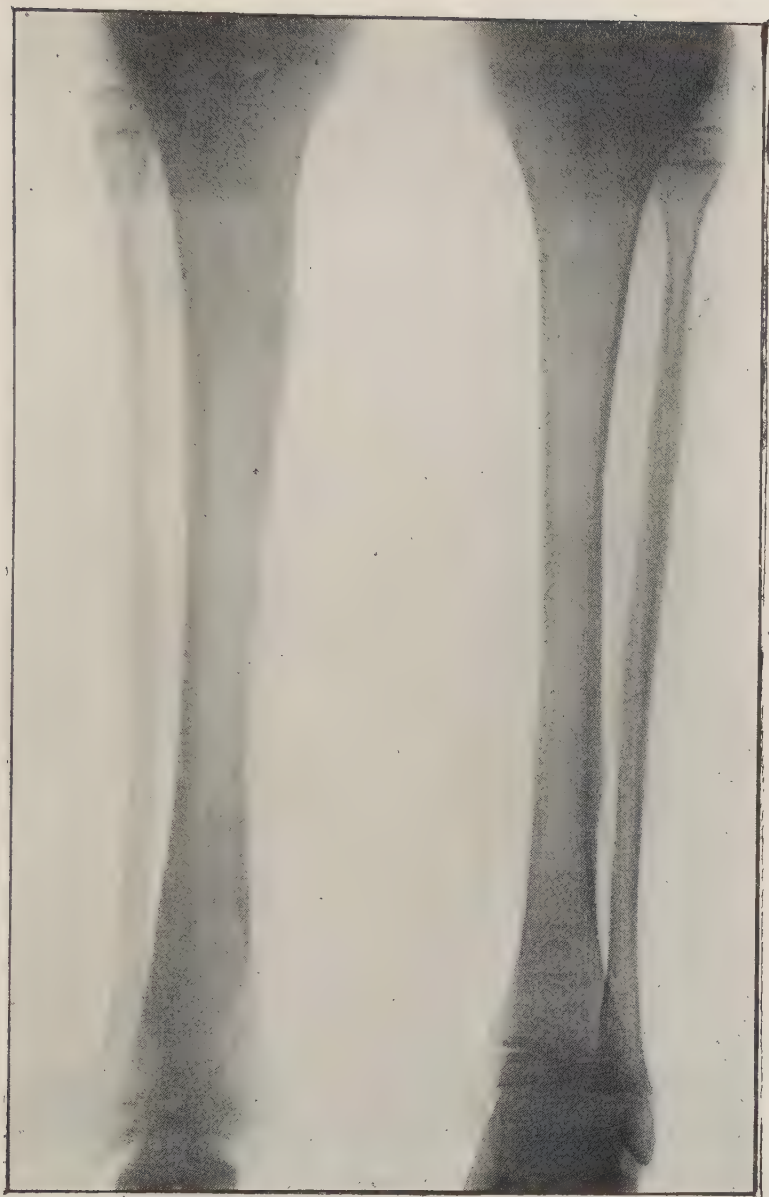


PLANCHE II (OBSERVATION I)

Radiographie des deux jambes faites le 24 septembre 1915, en cours de traitement (même sujet que planche I).

A gauche. — L'hyperostose diaphysaire tibiale a presque totalement disparu. Il persiste encore un fuseau de la région bulbaire supérieure. A la région bulbaire inférieure, foyer de nouvelle formation.

Le péroné est normal.

A droite. — Le fuseau du tibia a disparu ; il persiste une hyperostose à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la face externe.

Le manchon d'hyperostose du péroné est en voie de disparition.

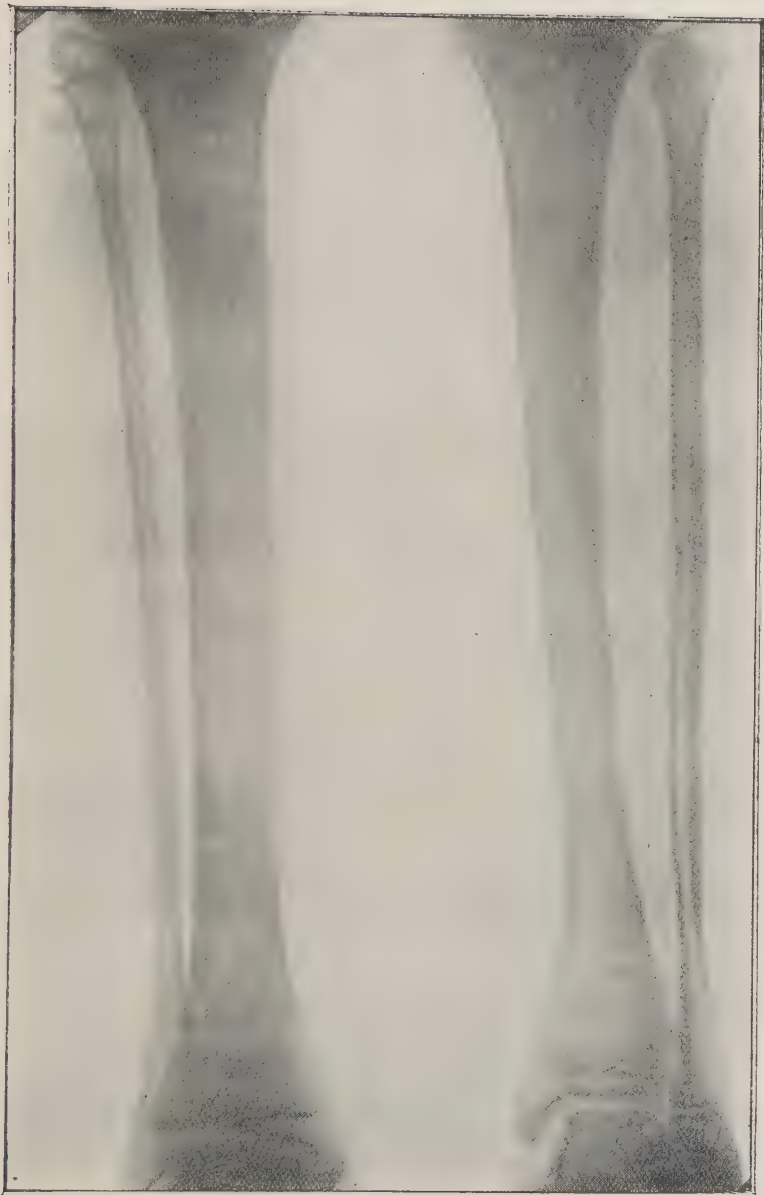


PLANCHE III (OBSERVATION I)

Radiographie des deux jambes faites à la suite d'un traitement mixte et intensif à la date du 8 décembre 1916 (Même sujet que planches I et II).

Disparition complète des hyperostoses du tibia droit et du péroné gauche.

Le tibia gauche reste plus volumineux que le droit.

Un léger manchon d'hyperostose persiste au péroné droit.

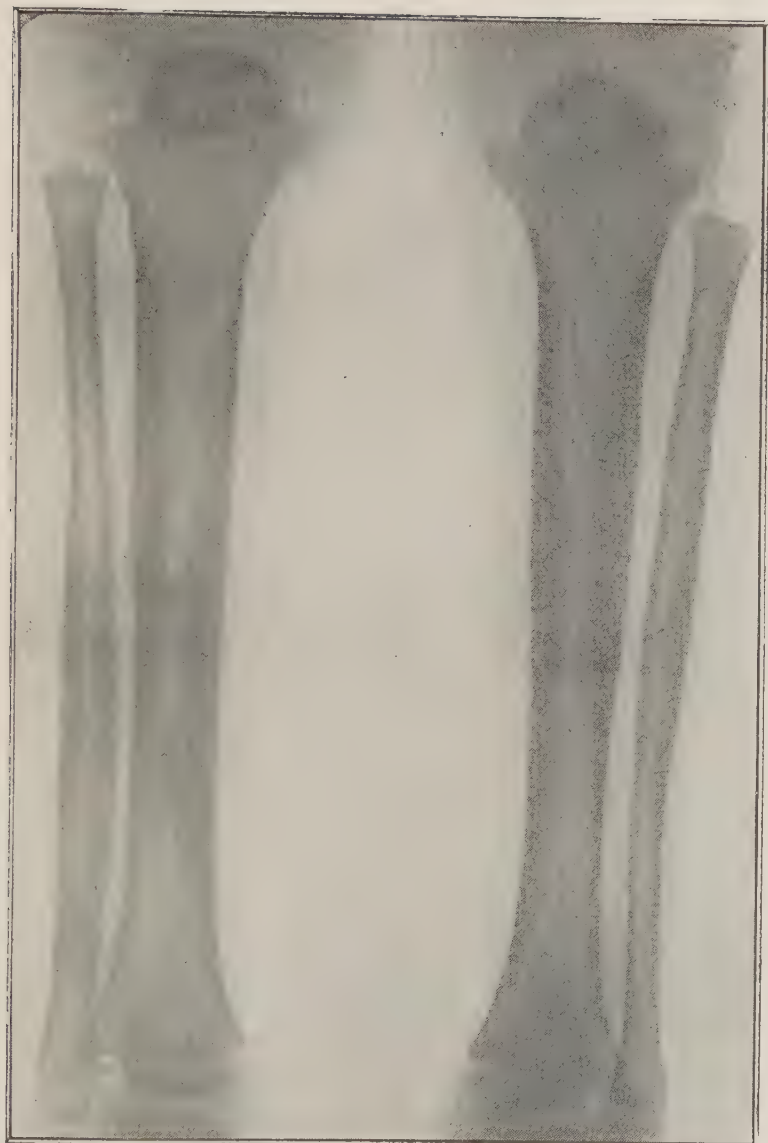


PLANCHE IV (OBSERVATION VIII)

Fuseau typique de la diaphyse des deux tibias (lésion fermée) avec épaissement du tissu compact et rétrécissement du canal médullaire.

Manchon d'hyperostose diaphysaire des deux péronés prédominant sur le péroné gauche.

Radiographie faite le 31 août 1914 avant le traitement.



PLANCHE V (OBSERVATION VIII)

Même sujet que planche IV.

Disparition des hyperostoses tibiales et péronières.

Radiographie faite le 22 mai 1917 après traitement mercuriel.

(Par suite d'une erreur, la radiographie de la planche V a été plus réduite que celle de la planche IV).

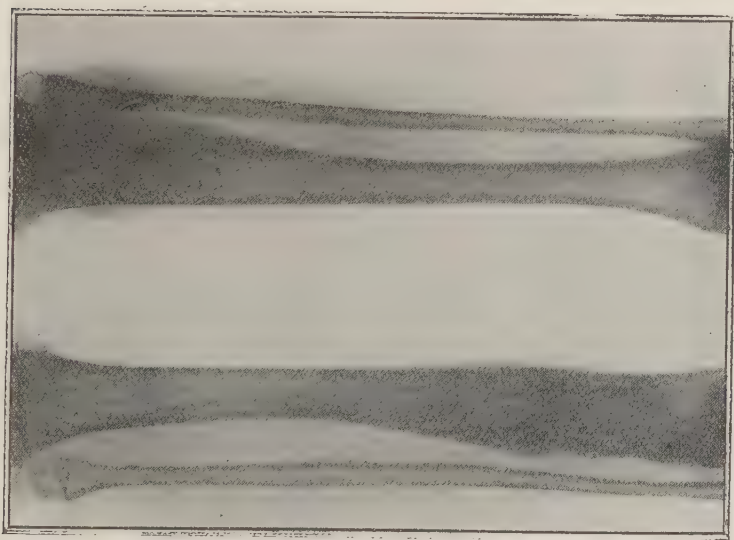
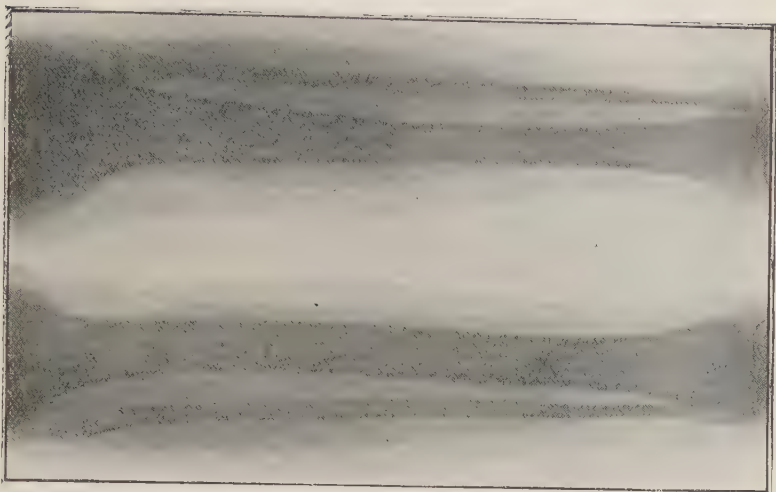


PLANCHE VII (OBSERVATION XI)

A gauche. — Radio pratiquée en mai 1914 avant tout traitement: Hyperostose fermée du tibia gauche s'étendant du bulbe inférieur jusqu'au tiers moyen de la diaphyse. A la partie externe le manchon d'hyperostose présente une échancrure.

Hyperostose fistuleuse du tibia droit au niveau de son tiers supérieur, l'hyperostose prédomine en dehors où elle masque l'espace interosseux.

A droite. — Radio pratiquée en août 1917 après traitement mercuriel de longue durée: Résorption des hyperostoses, persistance d'un épaississement léger des régions bulbaire inférieure du tibia gauche et bulbaire supérieure du tibia droit.

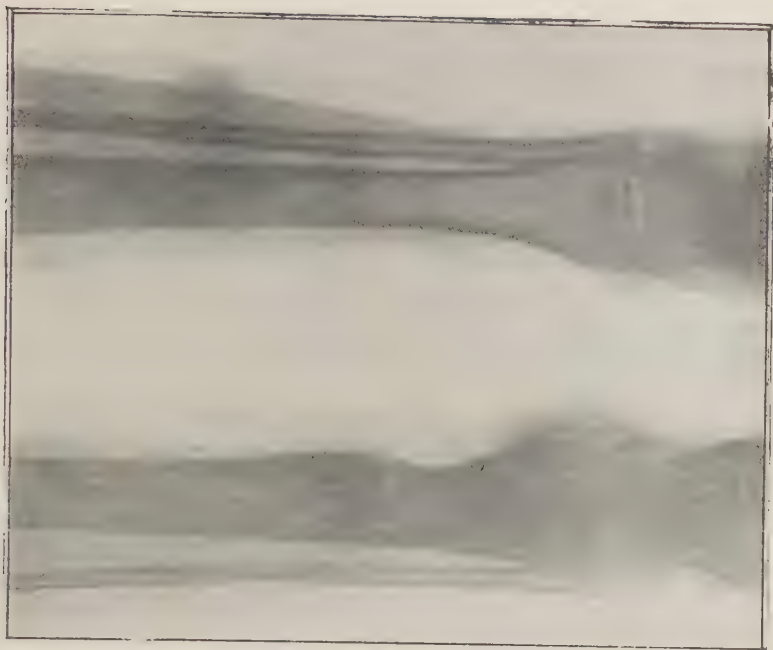


PLANCHE VIII (OBSERVATION XIII)

A gauche. — Hyperostoses juxtagonales droites (lésion fermée).

A droite. — Hyperostose de la moitié inférieure du tibia gauche ; large ulcération de la face interne du tiers inférieur de la jambe.



PLANCHE IX (OBSERVATION I)

A gauche.— Fémur droit radiographié le 22 avril 1913 avant tout traitement : Hyperostose de la partie moyenne de la face interne de la diaphyse avec rétrécissement du canal médullaire (lésion fermée).

A droite.— Radiographie du 24 septembre 1915 après 90 injections de biiodure de mercure et 20 injections d'huile au calomel.



PLANCHE X (OBSERVATION X)

Radiographie du fémur gauche qui montre une hyperostose de la face externe de la diaphyse qui avait passé inaperçue à l'examen clinique.

A gauche. — Radio à la date du 24 mai 1915 avant le traitement.

A droite. — Radio faite le 15 novembre 1916 après un traitement intensif par le mercure et le néosalvarsan.

